CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

DES VIEILLARDS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 novembre 1905

PAR

Jean COMBES

Né à Marseille, le 16 Juillet 1878

INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

PRÉPARATEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

—

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM	MAIRET (✻)...............	Doyen
	TRUC........................	Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale..................................	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale................................	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie..................	N.
Thérapeutique et Matière médicale.....................	HAMELIN (✻)
Clinique médicale.....................................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...........	MAIRET (✻).
Physique médicale.....................................	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale..............	GRANEL.
Clinique chirurgicale.................................	FORGUE.
Clinique ophtalmologique..............................	TRUC.
Chimie médicale.......................................	VILLE.
Physiologie...	HEDON.
Histologie..	VIALLETON.
Pathologie interne....................................	DUCAMP.
Anatomie..	GILIS.
Opérations et Appareils...............................	ESTOR.
Microbiologie...	RODET.
Médecine légale et Toxicologie........................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....................	BAUMEL.
Anatomie pathologique.................................	BOSC.
Hygiène...	BERTIN-SANS H.

Professeur adjoint : M RAUZIER.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS F. (✻), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....................................	MM. N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	N.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	RAUZIER, professeur adjoint.
Pathologie externe................................	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale...............................	RAYMOND, agrégé

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. de ROUVILLE.	MM VEDEL.	MM. GUÉRIN
GALAVIELLE	JEANBRAU.	SOUBEIRAN.
RAYMOND.	POUJOL.	GAGNIÈRE.
VIRES.	ARDIN-DELTEIL.	Ed. GRYNFELTT.

M. IZARD, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. RAUZIER, **Prof. adj.**, *Président*.	MM. GALAVIELLE, Agrégé
GRASSET, Professeur.	ARDIN-DELTEIL, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE CHARLES COMBES

J. Combes.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOINET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

J. COMBES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

DES VIEILLARDS

AVANT-PROPOS

L'étude des manifestations de la tuberculose pulmonaire sénile a déjà suscité quelques travaux, dont le plus important est l'excellente revue générale de Barié. Les formes cliniques, la fréquence et les dangers de cette affection paraissent cependant peu connus de la majorité des praticiens. Les gens du monde, comme le disait Peter, estiment toujours que l'on n'est tuberculeux qu'entre 18 et 35 ans, et bien des médecins sont gens du monde sur ce point. D'autre part, les phtisiographes, qui ont multiplié leurs recherches et leurs statistiques depuis que la tuberculose est devenue une maladie sociale et un sujet d'actualité, ont porté surtout leurs investigations sur l'âge adulte et sur l'enfance. Le bacillaire sénile les intéresse peu, et s'ils ne vont pas jusqu'à penser avec Fonssagrives que, « passé 45 ou 50 ans, il est

indifférent d'être ou de ne pas être tuberculeux », ils ne disent pas assez, comme l'a fait ressortir M. le professeur Boinet dans un travail récent[1] et qui sert de base à cette thèse, que « des vieillards, considérés comme de simples » catarrheux et contre l'expectoration desquels on ne prend » aucune précaution, sont, en réalité, des tuberculeux dont » les crachats bacillifères propagent d'autant mieux la » tuberculose que le danger de contamination n'est pas » soupçonné par l'entourage, ni souvent même par le » médecin ».

Le but de cette étude est donc de rechercher la proportion exacte des tuberculeux séniles dans les diverses statistiques et principalement dans celles des hôpitaux de Marseille, d'indiquer les formes anatomo-pathologiques et cliniques le plus fréquemment observées, d'insister ensuite sur les difficultés du diagnostic et sur les dangers de cette affection.

Cette thèse, très modeste, marque la fin de ma vie d'étudiant, de ces années que j'aurais voulues calmes et laborieuses, sous la direction de maîtres érudits et bienveillants, en compagnie de camarades agréables et dont quelques-uns m'ont témoigné une amitié si fraternelle. Dieu, qui m'a si durement frappé, n'en a pas jugé ainsi, et j'ai dû laisser partir à mes côtés ceux que j'aimais le plus au monde ; aussi n'ai je pas la force de prononcer ici ces paroles de confiance dans la vie qui forment la conclusion habituelle de ces avant-propos.

Je tiens cependant à remercier les Maîtres de l'Ecole de médecine et des hôpitaux de Marseille qui m'ont donné

[1] Boinet; Fréquence et dangers de la tuberculose pulmonaire sénile. *Marseille Médical,* 15 août 1905.

l'enseignement de leur science et de leur expérience et principalement M. le professeur Boinet, à qui je dois l'idée première de cette thèse, les observations qu'elle contient; M. le professeur Arnaud, qui fut toujours pour moi un Maître si parfait; M. Oddo, qui m'a fait l'honneur de m'admettre dans son laboratoire; MM. Boy-Teissier, Vidal, Treille Queirel, d'Astros, Joseph Arnaud, Michel, Villeneuve et Laget.

J'adresse enfin à mes camarades, dont la sympathie me fut si douce aux heures d'épreuve, un souvenir ému.

CHAPITRE PREMIER

Il est inutile de rechercher dans l'histoire de la tuberculose pulmonaire sénile l'opinion des auteurs qui ont précédé Bayle et Laennec. La conception qu'ils avaient de la phtisie, conforme à la définition d'Hippocrate, était si vaste et si peu précise à la fois, que Maygrier, dans son article de la première édition du *Dictionnaire des Sciences Médicales*, énumère encore quatorze genres de phtisie, parmi lesquels on trouve le scorbut à côté de l'anémie syphilitique et du cancer. Il est donc certain qu'ils confondaient, sous une même appellation, toutes les affections pulmonaires chroniques accompagnées d'expectoration et de cachexie. Tous admettaient cependant que la phtisie survenait surtout entre 18 et 35 ans, qu'elle était extrêmement rare dans la vieillesse.

Bayle fut le premier à signaler des tubercules à l'autopsie de gens âgés, et Laënnec remarque que la phtisie est très fréquente dans la vieillesse, même avancée. Cette idée ne fut pas acceptée sans réserves, et l'on peut diviser les auteurs qui ont étudié la tuberculose en deux partis : les uns, de moins en moins nombreux, fidèles aux théories hippocratiques, admettent que l'âge crée une sorte d'immunité à la tuberculose ; les autres, conquis aux idées modernes, considèrent cette affection comme une maladie contagieuse, pouvant atteindre le vieillard au même titre que l'adulte. Au début, la tuberculose pulmonaire sénile fut décrite avec timidité ; mais à mesure que se généralisaient les observa-

tions de Villemin et les découvertes de Koch, les études devinrent plus nombreuses et leurs conclusions plus catégoriques. Bayle, sur 100 phtisiques, en signale 13 qui ont dépassé 60 ans; Louis, 17 sur 123; Quesne décrit une tuberculose à forme hémoptoïque chez un vieillard de 80 ans; Andral cite un cas analogue, puis viennent les autopsies de Cruveilhier, le mémoire très complet de Rogée sur la curabilité de la phtisie par transformation des tubercules, de nouvelles observations de Milcent et de Barth, les statistiques de Lebert, la thèse de Boudet. En 1863, Moureton, élève de Vulpian, conclut, dans sa thèse, que le vieillard se tuberculise comme l'adulte et réunit des observations de tuberculisation aiguë au cours de la vieillesse. Les années suivantes, les travaux et les thèses se multiplient : thèses de Cocatrice et de Jardin, traité d'Hérard et Cornil, thèses de Bard sur les formes fibreuses, d'Olivier sur l'hémoptysie, de Binse, d'Audoin, de Weil, de Ruelle. Peter, dans ses leçons, décrit la tuberculose de la cinquantaine qu'il oppose à la phtisie de la puberté; celle-ci, due à une prédisposition héréditaire ou constitutionnelle; celle-là, déterminée par la lente et continuelle influence des causes prédisposantes. Théorie que Luigi Manfredi reprend vingt ans plus tard en décrivant deux maxima dans la fréquence de la tuberculose : la première enfance et la vieillesse. De 1885 à 1896 paraissent encore une observation de Duguet, les thèses de Gilbert et de Michel, les articles de Parisot et de Marfan, deux leçons cliniques de Potain et enfin l'excellente étude d'ensemble de Barié. Cette revue générale fixe définitivement les formes cliniques et les lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose sénile, les recherches postérieures ne porteront plus que sur les dangers sociaux, la fréquence, les formes latentes ou anormales, les difficultés que rencontre le diagnostic et les réactions de laboratoire qui peuvent l'éclairer. Il convient

de citer, parmi ces derniers travaux, le traité clinique de Bernheim, les recherches de Froment sur le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont chez les vieillards, une série d'observations de Boinet, les thèses de Chaix, de Rueff, de Pavillard et de Balme, des articles de Monnier et d'Étienne.

Parallèlement aux travaux des phtisiographes, apparaissent les traités des maladies de la vieillesse, les mémoires de physiologie. Les premiers ouvrages spéciaux de pathologie sénile, tels que ceux de Floyer, de Welstedt, de Fischer, ceux même de Pinel et de Rostan, ont, comme le dit Charcot, « une allure littéraire et philosophique et ne sont » que des paraphrases plus ou moins habiles du *De » Senectute* de l'orateur romain ».

Plus tard, les spéculations font place aux observations recueillies avec la méthode scientifique et le contrôle des statistiques, et les mémoires de Prus, ceux de Canstatt, de Beau, de Day, l'article de Gillette, les travaux de Geist et de Mettenheimer, précis et exacts, donnent à la tuberculose une part importante dans la pathologie sénile, si bien que Fuller pouvait proclamer, dès 1867, que les tuberculeux sont aussi nombreux à 70 qu'à 15 ans. L'opinion de Durand-Fardel, moins exagérée, est plus juste ; plus juste aussi est l'appréciation de Charcot, qui résume, au début de ses leçons cliniques sur les maladies de la vieillesse, les idées de son époque dans un passage que nous tenons à reproduire : « La vieillesse semble créer à certains égards des immuni- » tés pathologiques. Les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, » la phtisie sont peu communes à cet âge ; cependant il » ne faut pas exagérer l'importance de ces immunités, qui » sont loin d'être absolues. Pour ce qui est de la phtisie, » nous avons remarqué, M. Vulpian et moi, que la tubercu- » lisation, même aiguë, est plus fréquente à la Salpêtrière » qu'on ne le croit habituellement ».

Les travaux enfin sur la pathologie générale de la vieillesse, tels que la thèse d'agrégation de Brousse, les mémoires de Demange et d'Havard-Marsh, les leçons sur les maladies des vieillards de Boy-Teissier, qui ne traitent pas spécialement de la tuberculose, ont précisé la marche de l'involution sénile et fait connaître les réactions de l'organisme dans la vieillesse, ils se rapprochent à ce titre de la pathogénie de la tuberculose sénile.

CHAPITRE II

Fréquence de la Tuberculose pulmonaire parmi les vieillards

Puisque la fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile a été et reste encore l'objet de contestations, il est indispensable d'examiner une fois de plus les statistiques qui ont servi de base à ces discussions et d'en interpréter les résultats. La tuberculose pulmonaire a justement suscité une succession ininterrompue de statistiques. La statistique, avec ses allures mathématiques et rigoureuses, convient bien à la mentalité de notre génération : elle paraît exacte et précise, elle évite les spéculations osées, et l'esprit y trouve, sans réflexions laborieuses, des conclusions faciles. Il ne faut pourtant pas en exagérer la valeur et proclamer, comme Toulmouche, que « les sciences d'observation ne peuvent » se perfectionner que par la statistique qui, seule, enre- » gistre tout et n'oublie rien [1] ». En réalité, la méthode numérique, surtout lorsqu'elle s'applique aux phénomènes de la vie, n'évite ni les causes d'erreur, ni les partialités inhérentes à l'observateur ; elle trompe, en outre, et d'autant plus lourdement, qu'elle donne comme absolus des chiffres qui, modifiés par des coefficients souvent inconnus, ne peuvent être que relatifs. Trousseau avait vu ces inconvénients et il en prévenait ses élèves par une critique sévère qu'il terminait ainsi : « Cette méthode mène à des résultats qui

» ne sont et ne peuvent être que des faits bruts, que des » notions élémentaires. Ces faits, ces notions, sont une » pâture pour l'intelligence qui les élabore ». Les conclusions des statistiques qui se trouvent réunies dans ce chapitre doivent donc être considérées comme de simples indications, mais qui peuvent donner, par la force des chiffres, une idée assez exacte des ravages de la tuberculose pulmonaire parmi les vieillards.

Ces travaux peuvent être classés, pour la netteté de leur comparaison, en quatre groupes principaux :

PREMIÈRE SÉRIE

RECHERCHES DE FULLER ET DE WURTZBURG

Wiliam Fuller a recueilli, en 1847, tous les décès par tuberculose pulmonaire survenus pendant l'année et il les a rapprochés du nombre total des habitants C'est ainsi que, pour une population globale de 1,169,821 personnes âgées de plus de 60 ans, il constate 1,698 décès par phtisie pour 512,510 hommes, et 1,614 pour 657,211 femmes. *On peut en conclure que, sur mille vieillards, il en meurt environ trois par tuberculose.*

Wurzburg divise la population prussienne, d'après l'âge, en série de dix mille individus, puis il rapporte la mortalité causée par la phtisie au chiffre des vivants. Il obtient ainsi un tableau où la courbe de la mortalité atteint son maximum à l'âge compris entre 60 et 70 ans. D'après ces calculs, sur dix mille sujets, il en meurt par tuberculose :

93	environ âgés de	60 à 70	ans
67	—	50 à 60	—
61	—	70 à 80	—
48	—	40 à 50	—

Ce qui donne une proportion de 6 environ pour 1000.

DEUXIÈME SÉRIE

PROPORTION DES VIEILLARDS DANS LES TABLES DE DÉCÈS PAR TUBERCULOSE

Bayle relève 23 phtisiques âgés de plus de 50 ans sur une série de 100 décès.

Louis,	17	sur	128,	soit	13 °/₀
Lebert,	143	—	1055,	—	12 —
Morton,	83	—	497,	—	16 —

Barié, sur les statistiques municipales de la Ville de Paris, relève, en 1891 : 1,150 vieillards sur 10,649 décès par tuberculose, soit encore 10,3 °/₀.

Bourgeois signale des chiffres analogues dans les statistiques des années 1901 et 1902 : en 1901, 1,317 vieillards sur 10685, 12 °/₀ ; en 1902, 881 sur 6,239 hommes, et 407 sur 4 287 femmes, ce qui donne encore une proportion de 13 et 9 °/₀.

Launois et Bourgeois, dans les statistiques très détaillées de l'hôpital Tenon, constatent aussi de 1879 à 1903, sur 16,224 décès par bacillose, 2,089 chez des malades âgés de plus de 55 ans ; la proportion est encore de 12 °/₀.

La conclusion de cette série est donc que, sur cent décès par tuberculose pulmonaire, douze au moins se produisent chez des malades âgés de plus de 55 ans.

TROISIÈME SÉRIE

PROPORTION DES VIEILLARDS PARMI LES TUBERCULEUX EN TRAITEMENT

La statistique de Hasse porte sur 132 bacillaires, 44 ont dépassé 40 ans, soit une proportion de 33 %.

Callier, dans sa thèse « Alcool et Tuberculose », a réuni 92 observations d'alcooliques devenus phtisiques. 4 avaient dépassé 60 ans, 12 avaient plus de 50 ans, ce qui fait une proportion moyenne de 18 %.

Les registres des entrées des hôpitaux généraux de Marseille, l'Hôtel-Dieu et la Conception, nous ont donné les résultats suivants :

Hôtel-Dieu

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DES TUBERCULEUX en traitement	TUBERCULEUX âgés de plus de 55 ans	PROPORTION
1895	213	23	10 7 %
1896	162	13	8 »
1897	158	21	13.3 »
1898	226	18	7,9 »
1899	173	17	9,8 »
1900	156	15	9 6 »
1901	173	17	9,8 »
1902	170	11	6,4 »
1903	203	12	5,9 »
1904	176	21	11,9 »

Hôpital de la Conception

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DES TUBERCULEUX en traitement		TUBERCULEUX âgés de plus de 55 ans		PROPORTION	
	H	F	H	F	H	F
1895	150	86	9	12	6 °/o	13 °/o
1896	170	83	10	5	5 »	6 »
1897	187	100	17	3	9 »	3 »
1898	136	90	13	5	9 »	5 »
1899	177	80	12	7	6,5 »	8 »
1900	153	77	14	5	9 »	6 »
1901	178	80	15	3	8,9 »	3 »
1902	210	86	17	1	8 »	1 »
1903	166	73	13	2	7,5 »	2,7 »
1904	200	70	15	4	7,5 »	5 »

Les résultats de ces deux statistiques concordent, et l'on peut en conclure que le pourcentage des bacillaires séniles dans les hôpitaux est 7 *environ pour les hommes*, 5 *à peine pour les femmes*. A ces malades on pourrait ajouter bien des tuberculeux qui, physiologiquement, sont des vieillards. La sénilité n'est pas seulement fonction de l'âge, mais encore de l'état de conservation ou d'usure de l'organisme, et dans la clientèle ordinaire des hôpitaux, que de pauvres gens usés par l'alcoolisme, le travail des quais, les privations et la misère, sont des vieillards à 50 ans !

QUATRIÈME SÉRIE

PROPORTION DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PARMI LES VIEILLARDS HOSPITALISÉS

Il faut distinguer ici deux sortes de tuberculoses : la tuberculose pulmonaire, constatée cliniquement pendant la vie, et les altérations tuberculeuses des poumons, que l'on découvre seulement sur la table d'amphithéâtre. Les cicatrices, les indurations et les concrétions sont extrêmement

fréquentes à l'autopsie des vieillards morts des affections les plus diverses, si fréquentes même que Rogée, qui les avait notées cinquante et une fois sur cent autopsies, eut de grandes difficultés à prouver leur origine tuberculeuse. Cette question est aujourd'hui jugée, et à côté de ces lésions cicatricielles, on constate des excavations à parois fibreuses, des tubercules calcifiés au niveau desquels Haushalter a recueilli des bacilles virulents et qui sont des manifestations atténuées mais actives du processus tuberculeux. Les autopsies de Natalis Guillot à Bicêtre, de Lerefait à Rouen, témoignent, en outre, de leur fréquence. Les tuberculoses dont les signes cliniques s'imposent sont moins nombreuses, et M le docteur Pagliano, d'après les constatations faites à sa consultation de l'hospice de Sainte-Marguerite, évalue à cinquante le nombre des vieillards reconnus tuberculeux et disséminés dans les salles de cet hospice où sont réunis plus de sept cents vieillards.

Les deux seules statistiques portant sur un chiffre total d'autopsies sont celles de Geist et de Vulpian.

Vulpian a constaté, sur 86 autopsies de vieilles femmes de la Salpêtrière, 14 bacillaires, ce qui donne une proportion de 17,5 %.

Son interne Moureton, sur 50 femmes de plus de 60 ans, mortes dans le même service et à la même époque, mais dont l'autopsie n'a pu être faite, en a observé 7, soit une proportion de 14 %.

La statistique de Geist (72 tuberculeux sur 514 autopsies) donne un pourcentage analogue (14 %).

Les résultats des autres statistiques, établies sur des observations cliniques, donnent des chiffres très inférieurs :

Prus.	390 décès	12 tuberculeux		4,6 %
Day..	53.048 —	1.867	—	3 %
Barié.	92.141 —	2.202	—	2 %

Les registres de l'hospice de Sainte Marguerite, dans lequel sont admis les vieillards indigents de la ville de Marseille, mentionnent des rapports à peu près semblables, 3,7 %. Les voici répartis ainsi au cours des cinq dernières années :

1900	92	décès de vieillards	9	tuberculeux	9	%
1901	115	—	1	—	0,86	%
1902	76	—	2	—	2,5	%
1903	82	—	3	—	3,5	%
1904	111	—	3	—	2,8	%

On peut donc conclure de cette dernière série que, dans les hospices de vieillards, 3 à 4 % des décès sont dus à la tuberculose diagnostiquée pendant la vie ; mais que l'on constate 15 à 17 fois sur 100 des lésions bacillaires à l'autopsie.

Ces chiffres, très inférieurs à ceux de Sommerbrodt, qui prétend que 40 % des invalides de Berlin meurent tuberculeux, sont certainement loin de la vérité ; ils ne représentent que les cas indiscutables de tuberculose pulmonaire, il faudrait y ajouter tous les cas de tuberculose que l'on ne diagnostique pas, mais dont on meurt, toutes ces formes latentes si communes chez le vieillard, qui se dissimulent sous les diagnostics de cachexie sénile, de misère physiologique et de bronchite.

C'est à ce point de vue surtout que l'examen des registres hospitaliers, qui paraît de prime-abord fastidieux, est intéressant. On voit, par exemple, un même malade y figurer à plusieurs reprises sous les diagnostics alternés de tuberculose pulmonaire, d'emphysème et de bronchite, ce qui indique mieux que de longs commentaires les difficultés que l'on éprouve parfois à différencier ces affections.

La proportion des tuberculeuses séniles est, en outre, nettement inférieure à celle des hommes (5 % au lieu de 7,5 % sur les statistiques de l'hôpital de la Conception).

Bayle, Andral, et plus tard Wurzburg et Peter avaient pourtant proclamé que la tuberculose sévissait avec plus d'intensité parmi les femmes. Michel, qui l'admettait pour les adultes, pensait que la différence s'atténuait dans la vieillesse. « En effet, dit-il dans sa thèse, les divers incidents de la vie génitale de la femme, qui augmentent d'après certains auteurs la fréquence de la tuberculose dans le sexe féminin, font défaut chez le vieillard ; l'équilibre s'établit entre les deux sexes qui deviennent égaux devant la phtisie, suivant l'opinion de Marfan. » Depuis cette époque, les causes secondaires de tuberculisation ont peu varié pour la femme ; si l'on considère par contre les progrès incessants de l'alcoolisme, le développement de l'industrie moderne qui ne s'accompagne pas toujours de l'amélioration de l'hygiène des ouvriers, on comprend que la tuberculose ait augmenté ses ravages chez l'homme, alors que sa marche est restée à peu près stationnaire chez la femme. Arrivée à la vieillesse, la femme, dont la santé a résisté à toutes les épreuves que lui impose son état, aura peu de chance de se tuberculiser. Presque toutes les bacillaires qui viennent à l'hôpital sont encore jeunes ; ce sont le plus souvent des ouvrières, des domestiques, des servantes d'hôpital ou des filles soumises. Je n'insiste pas sur les causes sociales qui précipitent chez elles l'évolution de la phtisie.

En résumé, on peut conclure de ces diverses statistiques que :

Sur 100 décès par tuberculose pulmonaire indiscutable, 12 surviennent chez des personnes âgées de plus de 55 ans.

Sur 100 tuberculeux traités à l'hôpital, plus de 7 ont dépassé cet âge.

Sur 100 vieillards hospitalisés, il en meurt à peu près 4 tuberculeux.

Si l'on considère tous les cas de tuberculose latente qui restent ignorés des médecins et sur l'importance desquels on ne saurait trop insister, on voit que ces statistiques ne représentent qu'une partie infime de la vérité.

Nous tâcherons de montrer dans cette thèse que la tuberculose des vieillards est une affection méconnue. Les symptômes qu'elle présente sont hybrides, le diagnostic ne s'impose pas, on l'oublie sur les statistiques.

Tels qu'ils sont, les tableaux que nous venons de parcourir prouvent cependant qu'il meurt, comme le disait Potain, autant de tuberculeux après 55 qu'entre 15 et 20 ans. Si l'on y songeait un peu plus, on réclamerait des vieillards catarrheux ces précautions d'hygiène que l'on impose aux adultes, et l'on supprimerait ainsi des hospices, où les enfants de l'Assistance publique habitent souvent près des vieillards, un élément de contagion.

CHAPITRE III

Etiologie

On donnait autrefois deux facteurs étiologiques à la tuberculose : la contagion et l'hérédité; aujourd'hui l'hérédité est reléguée au rôle secondaire de cause prédisposante, la contagion seule suffit à déterminer la phtisie. Elle agit sur le vieillard comme sur l adulte, et si l'âge imprime à l'organisme des modifications qui le rendent moins propre à l'évolution du bacille de Koch, il entraîne, d'autre part, avec lui un affaiblissement général de tout l'être, qui diminue sa résistance à l'infection. Il n'est donc plus besoin de recourir à des théories spécieuses pour expliquer l'apparition de la tuberculose sénile, elle obéit aux lois générales de la contagion. L'invasion de la maladie survient dans la vieillesse, comme Moureton a été le premier à l'observer, malgré l'opinion de Gendrin, mais elle peut aussi avoir eu lieu dans la jeunesse ; dans ce cas, après une première poussée active, la bacillose reste de longues années sans évoluer, ou progresse avec une lenteur telle qu'elle paraît vieillir en même temps que le malade.

Toutes les causes prédisposantes reconnues chez l'adulte se rencontrent aussi chez le vieillard.

Au premier rang, le surmenage, les privations et la misère, l'encombrement dans les logements insalubres, sans lumière et sans air, où les grandes villes, les villes tentaculaires, selon l'expression de Vandervelde, entassent les ouvriers.

L'alcoolisme vient ensuite. Il est si doux à la misère et les débits de boissons si attrayants avec leurs glaces qui brillent, la patronne si aimable, les compagnons si joyeux, à côté de la mansarde noire, de la femme qui se plaint et des enfants qui pleurent. Les vieillards eux-mêmes n'y sont point insensibles, il suffit d'avoir passé par les hospices pour savoir dans quel état rentrent souvent leurs pensionnaires.

Les professions dangereuses ou insalubres, importantes pour l'adulte, n'existent plus pour le vieillard ; il faut être jeune pour les exercer. Le vieillard se tuberculise plutôt par défaut d'air et manque d'exercice. Les rhumatisants chroniques, les hémiplégiques, les nerveux séniles qui restent des années oubliés au fond des salles de médecine, souvent à côté de tuberculeux avancés qui expectorent leurs bacilles, se tuberculisent eux aussi. L'aération est empêchée par le voisin qui râle et dont l'état exige que la fenêtre reste close, l'alimentation devient de plus en plus précaire ; ces malades immobilisés digèrent mal et n'ont plus d'appétit. Quel appétit résisterait aux odeurs de la salle, à la promiscuité de l'urinal et du bol de tisane sur la même tablette, à tant d'autres détails qui affectent notre délicatesse, mais qui passent heureusement inaperçus de la majorité des malades ?

C'est l'inaction aussi qui facilite la tuberculisation des malades atteints de lésions anciennes de l'estomac, des aliénés, des mélancoliques. Chez ces derniers interviennent aussi les idées de tristesse qu'avait déjà signalées Laënnec et dont Peter et Barié ont montré l'importance.

On a incriminé, surtout pour les formes séniles, certaines maladies, telles que le diabète, les traumatismes qui condamnent le vieillard au repos. Leur action s'explique par le degré de déchéance qu'ils impriment à l'organisme.

Quant aux états antagonistes, ils sont peu nombreux

et leur rôle très limité : la tuberculose est fréquente chez les aortiques, elle existe aussi chez les malades atteints de rétrécissement mitral. L'arthritisme seul et le cancer paraissent encore avoir une influence contraire à la tuberculose; les idées déjà anciennes de Mussy et de Pidoux ont été sérieusement confirmées par les travaux plus récents de Sarda et de Vires. Les conclusions du rapport de M. Sarda au congrès de 1898 à Montpellier ont définitivement établi que la diathèse arthritique est l'antagoniste de la tuberculose et « que les raisons de la lenteur et de la bénignité des » lésions tuberculeuses chez les arthritiques ne diffèrent pas » sensiblement de celles qu'on peut observer chez les non » arthritiques : elles sont d'ordre purement anatomique et » local... » Ces idées ont été acceptées par M. Grasset et développées dans la thèse de M. Rancoule. L'antagonisme du cancer, soutenu par Rokitanski, Hunter, Gendrin, nié par Wirchow, Wagner, Friederich, Weber, existe aussi ; Claude le reconnaît dans sa monographie très complète sur le cancer et la tuberculose. Voici d'ailleurs sa conclusion : » Un certain nombre de tumeurs malignes se voient de » préférence chez les individus dont la nutrition se rapproche d'un type spécial et qu'on groupe sous la dénomination » d'arthritiques; ces mêmes individus offrent une réceptivité » moindre à l'infection tuberculeuse. Voilà une double » constatation, bien banale, il est vrai, mais conforme à » l'observation la plus ancienne. C'est tout ce qu'on peut dire à ce sujet sans pouvoir justifier cette affirmation par des arguments scientifiques. Mais si nous faisons cette concession aux idées pathologiques anciennes, nous voyons d'autre part que la coexistence de la tuberculose et du cancer est un fait réel, peut-être moins rare qu'on ne pense, qu'il y a des conditions assez variées dans lesquelles les lésions des deux maladies évoluent côte à

» côte, se confondent, créent des hybridités tuberculo-can-
» céreuses qu'il sera utile de mieux étudier, car l'évolution,
» le pronostic et le traitement de ces néoplasmes mixtes,
» encore si peu connus, pourront être très différents de
» ceux des lésions simples, pures, auxquelles on suppose
» avoir affaire ».

CHAPITRE IV

Lésions anatomiques

A mesure que l'homme vieillit, il se produit dans tout son organisme des modifications profondes que Canstatt a systématisées sous le nom d'involution sénile. La nutrition se ralentit, les organes s'atrophient et la sclérose envahit lentement et fatalement les tissus. Quelle que soit l'explication qu'en donnent les auteurs, qu'ils y voient des modifications cellulaires, secondaires à une altération du sang dont les lésions pulmonaires, suivant Reveillé-Parise, ou l'ossification du thorax, d'après la théorie d'Hamelin, ont entravé l'hématose ; qu'elle soit une simple conséquence de l'artério-sclérose, comme le voulait Demange, ou qu'elle constitue, elle-même, un processus spécial, comme l'a établi Boy-Teissier, la sclérogénèse est la caractéristique de la senescence. Il n'entre pas dans le cadre très limité de cette thèse d'exposer ici la théorie de Boy-Teissier à laquelle s'est rallié Le Noir, mais on doit admettre avec eux qu'il semble que les organes perdent avec l'âge la faculté de reproduire leurs éléments nobles, tandis que le tissu fibreux, moins différencié conserve plus longtemps son pouvoir d'amorce et tend à remplacer les cellules spéciales au fur et à mesure de leur destruction. La conception de cette sclérose généralisée, progressive et inévitable, à laquelle Boy-Teissier a donné le nom de xérose, permet de concevoir l'anatomie du poumon sénile et l'évolution de la tuberculose chez le vieillard.

Les modifications que l'âge imprime à l'appareil respiratoire portent à la fois sur la conformation du thorax, sur la texture anatomique des poumons, des conduits aériens et de la plèvre.

La cage thoracique, par suite de la soudure des pièces du sternum, de la calcification des cartilages costaux, de l'affaissement des disques intervertébraux qui accentue la voussure de la colonne vertébrale, diminue de volume et perd son élasticité. Les muscles respiratoires eux-mêmes s'atrophient et les espaces intercostaux se rétrécissent.

Les conduits aériens, le larynx, la trachée, les bronches se calcifient progressivement, leurs fibres musculaires et élastiques s'atrophient et font place au tissu fibreux, préparant ainsi, au niveau des bronches, ces dilatations que l'on observe si communément chez le vieillard.

Les poumons, chargés d'anthracose, prennent une coloration grise, ardoisée ; ils ont perdu leur souplesse, et tandis que les feuillets de la plèvre, épaissis et scléreux, adhèrent entre eux au point de nécessiter à l'autopsie le décollement laborieux de la plèvre pariétale, les cellules pulmonaires se déforment, perdent leur régularité et s'allongent, si bien que les alvéoles pulmonaires se laissent dilater, comme Rossignol l'a établi par ses mensurations, et forment ainsi de véritables cavités communiquant entre elles, que Jenner, Frentzel et Eppinger ont décrites et étudiées. Ce sont là des lésions d'emphysème pulmonaire avec tout leur cortège d'altérations secondaires : compression et oblitération des vaisseaux, atrophie du tissu conjonctif des parois alvéolaires, lésions athéromateuses des artères bronchiques. Parallèlement à cet emphysème sénile, physiologique, évoluent des îlots de sclérose causés ou entretenus par les infections répétées qu'a subies le poumon.

Emphysème et sclérose sont donc les deux caractères

prédominants du poumon sénile. C'est à eux que la tuberculose doit de revêtir des formes particulières et de progresser avec une lenteur spéciale dans la vieillesse.

Les lésions essentielles de la tuberculose sont partout identiques ; chez le vieillard comme chez l'adulte, elles se ramènent aux trois grandes formes classiques ; tubercule, cru ou ramolli, granulations grises, masses caséeuses. L'unité des lésions tuberculeuses est un fait universellement accepté et sur lequel il n'y a pas à revenir ici La tuberculose sénile présente par contre des lésions secondaires qui lui donnent une allure spéciale et sur lesquelles il est utile d'insister.

L'action réciproque de la tuberculose et de l'emphysème a donné lieu à plusieurs théories et à de nombreux travaux dont on trouvera un historique très complet dans l'excellente thèse de Rueff. S'il est admis que l emphysème pulmonaire est l'antagoniste de la tuberculose, il ne s'en suit pas qu'ils ne puissent coexister sur un même sujet, et c'est par une erreur de déduction que tant de médecins, constatant des signes nets d'emphysème, éliminent aussitôt la phtisie. En réalité, lorsque l'on procède à des autopsies systématiques, on constate qu'il existe dans presque tous les cas de l'emphysème plus ou moins étendu autour des lésions tuberculeuses, chez les vieillards surtout. Cette particularité, observée déjà par Laënnec, a été étudiée et interprétée dans une série de travaux, dont les plus connus sont ceux de Galliard, de Grancher, de Renaut, les thèses de Hirtz, de Bard et de Rueff. Pour Grancher, l'emphysème pulmonaire des tuberculeux est partiel, circonscrit autour d'îlots tuberculeux fibreux ou caséeux et limité par des zones de sclérose pulmonaire. La dilatation des alvéoles qui communiquent entre eux par suite de la rupture de leur paroi, les travées fibreuses qui traversent le parenchyme, donnent au poumon

un aspect spécial qui a provoqué la dénomination d'emphysème réticulé. C'est là la forme d'emphysème la plus fréquente chez les tuberculeux, mais il peut se présenter sous d'autres formes et les voici telles que Rueff les a classées : dans une première variété, l'emphysème est net, généralisé, la tuberculose concomitante est peu développée et paraît enrayée. Dans la seconde, l'emphysème s'est généralisé au point d'entraîner des symptômes graves et de masquer complètement la tuberculose. Dans une troisième, c'est la tuberculose qui prédomine et l'emphysème reste peu étendu. Dans une quatrième enfin, il existe un foyer de tuberculose d'un côté du thorax, de l'emphysème pulmonaire de l'autre.

Hirtz et Bard ont montré qu'il fallait distinguer deux cas dans la présence simultanée de l'emphysème et de la tuberculose. Dans le premier, c'est la tuberculose qui a envahi un poumon constitutionnellement emphysémateux ; dans la seconde, l'emphysème est consécutif à la tuberculose. La seconde de ces formes, que Rueff appelle tuberculose emphysémateuse, se développe au cours d'une tuberculose pulmonaire et s'étend suffisamment pour ralentir, par sa présence, l'évolution bacillaire. Cet emphysème post-tuberculeux a été admis par Martin, qui voit même en lui une évolution spéciale et heureuse de la tuberculose, et il est conforme aux idées de Landouzy, pour qui l'asthme et l'emphysème ne sont, comme la pleurésie, que des formes frustes de la tuberculose. Béclère, au dernier Congrès de la tuberculose, se demande si l'emphysème constitutionnel n'est pas dû à une tuberculose ancienne, éteinte ou sommeillante. L'examen radioscopique de plusieurs centaines d'emphysémateux de l'hôpital Saint-Antoine lui a presque toujours révélé les signes d'une tuberculose ancienne, sous forme d'induration des sommets et d'adénopathies péribronchiques et médiastines.

Quelle que soit l'origine de l'emphysème, qu'il soit primitif et, dans ce cas, que l'invasion bacillaire se soit produite sur un poumon déjà sénile ou qu'il se soit développé comme l'ont constaté Hirtz et Rueff, au cours d'une de ces tuberculoses lentes qui, contractées dans la jeunesse, ont leur terminaison dans un âge avancé, c'est à cet emphysème plus qu'à des causes générales ou physiologiques qu'il faut attribuer les formes atténuées de la tuberculose sénile. Il favorise, par les modifications anatomiques qu'il crée, l'évolution progressive de la xérose au niveau du poumon. Lorsqu'il n'existe pas, le processus tuberculeux agit sur l'organisme délabré et sans défense du vieillard avec autant d'intensité que chez l'adulte et donne lieu à ces tuberculoses à marche rapide, à ces pneumonies caséeuses ou à ces granulies séniles que l'on rencontre surtout dans les milieux hospitaliers.

Si l'on ne peut plus admettre, en effet, l'antagonisme diathésique tel que le concevaient Guéneau de Mussy et Pidoux, on est obligé de constater que l'emphysème pulmonaire, par ses altérations anatomiques, entrave l'inoculation d'abord et combat ensuite, d'une manière indiscutable, la marche de la tuberculose. Quel terrain est, en effet, moins propice à la semence et à la germination du bacille de Koch qu'un poumon devenu semblable, selon la comparaison de Germain Sée, à un sac de caoutchouc détendu et ramolli, qui ne fonctionne plus que d'une façon très incomplète dans l'inspiration et dont les bronchioles sont encombrées de sécrétions qui forment à la muqueuse un enduit protecteur? L'oblitération des capillaires, qui accompagne toujours la dilatation des alvéoles, est une nouvelle cause d'arrêt pour l'évolution de la bacillose. « Le voisinage des vaisseaux sanguins, a dit Lebert, dans une phrase que l'on trouve citée partout, est l'une des principales conditions de la production tuberculeuse, et celle-ci est d'autant plus rare dans une partie

qu'elle est moins vasculaire. » Le bacille de la tuberculose, placé sur un milieu défavorable, ne déterminera donc pas ces formes ulcéreuses rapides si fréquentes chez l'adulte, il créera le plus souvent des lésions localisées, sans tendances à l'extension et qui évolueront lentement vers la caséification ou la sclérose.

Ces lésions caractéristiques de la tuberculose pulmonaire sénile sont la phtisie fibreuse de Bard et ces productions spéciales que l'on a groupées sous la dénomination peu exacte de masses de guérison.

Bard a distingué, dans son rapport sur les formes cliniques de la tuberculose au Congrès de médecine interne, tenu à Montpellier en 1898, trois variétés de phtisie fibreuse : la pneumonie hyperplasique fibreuse, tuberculeuse, à marche rapide, spéciale aux jeunes gens; la forme fibreuse dense, aux lésions compactes, massives, sans emphysème; la sclérose diffuse avec emphysème. C'est cette dernière qui est spéciale à la tuberculose pulmonaire sénile

Le poumon est transformé, dans ce cas, en un bloc adhérent aux parois du thorax. A la coupe, il présente un aspect aréolaire particulier avec ses bronchioles dilatées, ses alvéoles distendus par l'emphysème, ses travées fibreuses infiltrées d'anthracose. Çà et là, sont disséminées des masses tuberculeuses enkystées, des granulations grises, des excavations à des stades plus ou moins avancés. Au microscope, on remarque des réseaux diffus de fibres entrelacées, sans direction déterminée, groupés autour des bronches, des vaisseaux et des néoformations bacillaires. C'est, en somme, une sclérose broncho-pulmonaire diffuse.

En dehors de cette forme, dont la description précédente n'est que le schéma, on peut rencontrer, à l'autopsie, des localisations bacillaires isolées, à tendances toujours fibreuses et particulières aux vieillards.

Ce sont d'abord des lésions cavitaires, telles qu'on les constate, malheureusement si souvent, mais par suite de l'emphysème qui a envahi le sommet et les parties les plus superficielles du poumon, elles sont abaissées et paraissent occuper la région médiane. Si elles s'accompagnent de bronchorrhée, elles affectent, avec leur évolution lente, tous les signes cliniques de la dilatation des bronches.

Ce sont ensuite ces productions spéciales que l'on désigne sous le terme de masses de guérison et dont la nature tuberculeuse, longtemps discutée, a été établie par Rogée. Ce sont des cavernules oblitérées par des concrétions, tantôt caséo-calcaires, jaunes et friables, tantôt entièrement calcifiées, résistantes, blanches et crétacées. Pour Cornil et Babès, ces masses ont perdu leur virulence et ne contiennent plus de bacilles. Déjerine, par la bactérioscopie; Kurlow, par la méthode des inoculations, distinguent les tubercules calcaires des tubercules caséo- calcaires. Les premiers seuls seraient dépourvus de bacilles. Haushalter en a cependant constaté dans des tubercules entièrement crétacés.

On remarque enfin, mais très rarement, des cavernes cicatricielles. Les unes ont conservé leur cavité, mais leurs parois sont recouvertes d'une membrane de tissu fibreux, elles sont antôt vides, tantôt comblées par une masse calcifiée ou par ne sorte de noyau cartilagineux ; d'autres ont accolé leurs arois, ne laissant plus à leur place qu une bande scléreuse icatricielle. Des manifestations de sclérose pulmonaire avoiinent ces productions, ce sont autour des cavernes des oques fibreuses épaissies et, çà et là, des tractus qui rap-ellent, par leur disposition et leurs caractères microscopi-ues, les lésions de la phtisie fibreuse de Bard.

Telles sont les formes les plus caractéristiques et les plus équentes de la tuberculose pulmonaire sénile. Ce sont celles u'il importe le plus de connaître, mais on doit décrire

aussi d'autres modalités moins communes qui sont, au point de vue de la contagion, d'autant plus dangereuses, que l'on ne découvre leur nature tuberculeuse qu'à l'autopsie. Ce sont les bronchites chroniques tuberculeuses. La tuberculose ulcéreuse des bronches est rare, mais Durand-Fardel et Charcot l'ont signalée : elle peut être secondaire à un foyer pulmonaire, et, dans ce cas, la muqueuse est inoculée par les exsudats, mais elle est aussi primitive, et Bard, dans son rapport au Congrès de Montpellier, en distingue deux variétés : la bronchite tuberculeuse chronique profonde, caractérisée par une expectoration abondante, des nodules scléreux péribronchiques, de la dilatation des bronches et la bronchite tuberculeuse avec emphysème. Elles ne s'accompagnent souvent d'aucune localisation pulmonaire et leur diagnostic ne peut être fait que par la constatation de la présence du bacille de Koch dans les crachats.

La bronchite chronique vulgaire, complément obligé de l'emphysème, complique souvent les tuberculoses séniles. La muqueuse prend alors une coloration grisâtre, ses glandes tuméfiées font saillie, les fibres élastiques et musculaires peuvent disparaître et les dilatations bronchiques prennent alors naissance. Ces dilatations doivent être distinguées, pour Barié, « des bronchectasies dites vestibulaires (Gran-
» cher), qui se produisent en aval des amas tuberculeux et
» contribuent à la formation des cavernes par l'infiltration
» de leurs parois. » Ces bronchites chroniques, qui ajoutent leurs symptômes à ceux de la tuberculose, sécrètent des mucosités très abondantes qui diluent les exsudats du poumon et rendent plus difficile la recherche du bacille de Koch.

Lorsque le poumon ne présente pas ses caractères séniles, c'est-à-dire quand l'emphysème fait défaut, les formes fibreuses sont plus rares et la bacillose revêt, chez des organismes dont la résistance s'est amoindrie avec l'âge, une

allure ulcéreuse rapide. Les observations de tuberculisation aiguë chez le vieillard sont relativement nombreuses ; il semblerait même, comme l'indiquent les recherches déjà anciennes de Moureton, de Boucaud et d'Audoin, qu'elles aient été les premières à exciter la curiosité des médecins à une époque où la bacillose sénile était si peu connue. Ces tuberculoses à marche rapide peuvent être groupées chez le vieillard, comme chez l'adulte, suivant trois formes anatomiques principales : la phtisie ulcéreuse commune, la tuberculose miliaire aiguë, la phtisie aiguë pneumonique.

La première de ces variétés est la phtisie commune de l'adulte ; elle ne présente pas de particularités chez le vieillard et elle est si connue qu'il est inutile de la décrire ici.

Moureton et Barié ont recueilli un certain nombre d'observations de la seconde. C'est la granulie, généralisée par la voie sanguine à tous les organes. Des granulations miliaires à demi transparentes, du volume d'une tête d'épingle, ont envahi non seulement le parenchyme du poumon, mais encore la plèvre, le péricarde, le péritoine, la rate, le foie.

La troisième, la pneumonie caséeuse, est localisée à un seul poumon et à la base. Son aspect à la coupe est celui d'un bloc d'hépatisation grise, moins granuleux cependant et moins ferme que celui de la pneumonie, d'une coloration plus jaunâtre aussi et marbré par des îlots d'anthracose.

Ces diverses lésions, semblables à celles des adultes, n'offrent, lorsqu'elles surviennent chez le vieillard, rien de particulier ; elles doivent cependant être signalées et connues.

Localisations extra-pulmonaires. — Les localisations secondaires de la tuberculose pulmonaire, si nombreuses et si variées chez les enfants, sont beaucoup plus rares dans la vieillesse. La méningite tuberculeuse y est presque inconnue

et les autres sont si peu fréquentes, que les auteurs qui ont l'occasion de les constater se hâtent encore de les publier. C'est que, non seulement « à cette époque de la vie, comme le disait Charcot, les organismes semblent rester en quelque sorte indépendants les uns des autres, ils souffrent isolément, et les quelques lésions dont ils peuvent devenir le siège retentissent peu sur le reste de l'économie », mais c'est encore que la tuberculose, comme nous venons de le voir, revèt surtout des formes torpides à évolution lente et sans tendances à la généralisation.

Il faut cependant faire une exception pour la pleurésie et la péricardite. La pleurésie sèche, avec les adhérences qu'elle crée, appartient à la description de la phtisie scléreuse, elle en est un des éléments. La péricardite est plus rare et presque toujours sèche, on trouve quelquefois des granulations tuberculeuses avec des exsudats membraneux, mais le plus souvent elle se manifeste par des tractus fibreux qui peuvent déterminer une symphyse cardiaque plus ou moins complète. Nous en avons noté quatre cas sur trente observations. La péricardite avec épanchement est beaucoup plus rare, le liquide, qui peut être séreux, sanguin ou purulent, est toujours peu abondant.

Les altérations tuberculeuses des os sont rares ; lorsqu'on les rencontre, elles sont généralement primitives et isolées. Milcent et Barié en ont cependant signalé qui étaient survenues après des accidents pulmonaires. Nous en avons observé un cas et on en trouve d'analogues dans la thèse de Morucci.

Les ulcérations secondaires du larynx sont peu communes. Geist et Mettenheimer les mentionnent, nous en avons un cas dans nos observations. Faut-il faire de la rareté de ces lésions si fréquentes chez les adultes, une preuve du peu de virulence des bacilles expectorés, ou ne vaut-il pas mieux

admettre que le larynx sénile, avec sa muqueuse épaissie et sclérosée, est un terrain peu favorable à l'évolution de la tuberculose?

Les adénopathies tuberculeuses ont été signalées par Barth dans deux observations et par Charcot. Londe a recueilli un cas très curieux de tuberculose pulmonaire aiguë chez un ataxique de 66 ans; le point de départ était une adénopathie trachéo-bronchique qui datait de l'enfance.

Moureton et Barié ont réuni quelques observations isolées de tuberculose secondaire du foie et de l'intestin, de péritonite tuberculeuse, un cas d'otite suppurée. Béhier et Jardin ont noté chacun un cas d'épididymite, on a signalé enfin des annexites tuberculeuses dans la vieillesse. Ruelle en a donné la première observation.

Barié n'a relevé aucun cas de tuberculose du système nerveux central. Il nous a été permis de constater chez un malade, dont on trouvera plus loin l'observation, un tubercule qui occupait la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et qui avait donné lieu à des crises d'épilepsie jacksonnienne.

Lésions accessoires. — Barié a relevé au cours de ses autopsies de tuberculeux séniles un certain nombre d'altérations anatomiques qu'il décrit méthodiquement. La plupart paraissent dues à de simples coïncidences, elles existent chez bien des vieillards qui ne sont pas tuberculeux. On constate cependant chez les tuberculeux séniles des modifications particulières des principaux organes qui portent à la fois l'empreinte du processus scléreux sénile et de la dénutrition de la tuberculose. Il est de règle que le foie présente des lésions de dégénérescence graisseuse, mais il n'atteint pas ces dimensions exagérées qui caractérisent le foie gras tuberculeux; il est traversé de tractus fibreux qui

ont limité son hypertrophie. Ce sont des altérations analogues que l'on constate à la coupe des reins ; ils sont tantôt petits, scléreux, congestionnés, tantòt graisseux et rétractés Les capsules surrénales présentent une sclérose presque constante, c'est là une des causes de la pigmentation, de l'addisonisme si fréquent chez les vieux tuberculeux Le cœur enfin n'a presque jamais cette atrophie que l'on considère comme si commune chez les tuberculeux, il s'est hypertrophié avec l'âge. La gêne de l'hématose et secondairement l'hypertension constante de l'artère pulmonaire ont retenti sur le cœur droit, le ventricule est dilaté et la valvule tricuspide insuffisante.

Il faut enfin signaler le rhumatisme tuberculeux de Poncet que l'on rencontre aussi dans la vieillesse.

On ne peut terminer ce court aperçu anatomo-pathologique sans quelques considérations sur l'état du sang et des urines.

L'examen du sang offre peu de particularités. L'hématologie, dont quelques auteurs auraient voulu faire une méthode de diagnostic universelle, ne peut donner des résultats que dans les affections qui intéressent directement le sang ou qui impriment à l'organisme des modifications profondes. C'est pour cela qu'elle est précieuse dans l'étude et pour la différenciation des anémies, des affections aiguës et des suppurations. Dans la tuberculose ses indications sont peu appréciables; elles sont surtout à peu près nulles dans les formes séniles, où les lésions sont localisées et retentissent peu sur l'organisme.

La masse totale du sang paraît pourtant diminuée dans la phtisie sénile ; d'abord à cause de l'âge, qui détermine une dénutrition générale, un état de meiopragie de tout l'organisme caractérisé par cet *habitus corporis strictus* dont parle Charcot, et ensuite, d'après Grawitz et Rolina, par l'action

lymphogène des toxines tuberculeuses qui aurait pour résultat de refouler le sang dans les tissus.

Le volume du sédiment que laisse le sang après centrifugation et qui est de 50 °/₀ à l'état normal, nous a paru légèrement diminué. En effet, si la tuberculose pulmonaire peut abaisser la proportion du sédiment à 10 °/₀, l'emphysème par contre, l'augmente sensiblement, ces deux facteurs équilibrent leurs effets dans les tuberculoses scléreuses des vieillards.

L'alcalinité du sang, étudiée par Berend et Preisich aux différents âges, diminue dans la vieillesse. Ce serait pour Canter une condition défavorable à l'invasion du bacille de Koch. Dans la prétuberculose, l'hémo-alcalinité est, en effet, très accusée, elle ne décroît qu'à la période terminale de la maladie.

La recherche des bacilles dans le sang nécessite des méthodes délicates : l'homogénisation du caillot de Bezançon, Griffon et Philibert, l'inoscopie de Jousset. Leurs résultats sont inconstants dans les formes aiguës et chez l'adulte. Elles n'ont pas été appliquées au vieillard.

L'hémoglobine, dont la proportion ne s'éloigne pas chez le vieillard du taux physiologique de 14 °/₀, diminuerait légèrement dans les cas de tuberculose.

La réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus vivants, telle qu'on peut l'étudier par la méthode de Hénocque, augmenterait d'après Bezançon et Labbé, dès la période d'invasion de la tuberculose et serait diversement influencée par les phases d'amélioration et d'aggravation. Il serait donc peut-être intéressant de suivre l'activité de réduction dans les formes séniles de la bacillose.

La résistance globulaire, d'après Chanel, Viola et Obici, diminue chez le vieillard; la tuberculose pulmonaire l'amoindrit aussi.

Le nombre des globules rouges chez les vieillards est le même que chez les adultes (Duperrié et Cadet) ou légèrement inférieur (Sörensen). Le chiffre moyen qu'obtiennent Parisot et Jeandelise est de 4 300,000 hématies. On s'attendrait à trouver ce nombre augmenté dans la phtisie fibreuse des vieillards, où la présence des îlots de sclérose et l'emphysème entravent l'hématose. Il n'en est rien. Les numérations de Barié, celles de Bezançon, n'ont jamais dépassé cinq millions d'hématies. Cette particularité trouve sa raison dans la dénutrition et l'anémie qui accompagnent la tuberculose sénile et qui empêchent ainsi la production de l'hyperglobulie.

La différenciation des globules blancs et leur numération donnent, dans la tuberculose pulmonaire sénile, des résultats qui diffèrent peu des proportions normales. Il n'existe d'ailleurs pas de formule leucocytaire caractéristique ni pour la vieillesse, ni pour la tuberculose, les recherches de Pavillard sur la leucocytose de la tuberculose sont remarquables par l'indécision qui se dégage d'un grand nombre d'examens.

L'hématologie ne peut fournir aucune formule caractéristique, aucun élément précis qui puisse intervenir sérieusement dans l'établissement du diagnostic.

L'étude de la tension artérielle qui n'a donné à Barié que des résultats inconstants offrirait peut-être plus d'intérêt, elle mériterait d'être reprise.

L'examen des urines dont Michel a donné une étude très complète, d'après les travaux d'Albert Robin, indique une dénutrition prononcée, mais cependant proportionnellement moins accusée que chez les tuberculeux adultes.

La polyurie des tuberculeux est moins fréquente chez le vieillard. Michel en signale deux cas sur vingt-cinq observations.

La phosphaturie est aussi moins fréquente et son taux moins élevé, elle ne saurait donc être un élément de diagnostic.

Le chiffre des matériaux fixes est abaissé, il atteint à peine 26 grammes par 24 heures.

Le rapport des matériaux inorganiques aux matériaux solides ou coefficient de déminéralisation dépasse au contraire 45 % alors que la proportion normale est de 30 %.

L'urée atteint à peine 8 grammes.

Barié signale l'augmentation de l'élimination des chlorures, ce résultat, conforme à ce que l'on constate chez l'adulte, ne concorde pas avec les chiffres inférieurs à la normale de Robin.

L'albuminurie existe enfin souvent au cours de la tuberculose sénile, mais c'est le plus fréquemment un élément surajouté, dû à la sclérose rénale concomitante.

En résumé, les principaux caractères qui différencient au point de vue anatomo-pathologique la tuberculose pulmonaire des vieillards de celle des adultes, sont la présence presque constante de l'emphysème pulmonaire, la prédominance des formes fibreuses, le peu de tendance à l'extension. Les lésions restent généralement limitées au poumon, elles n'envahissent que très rarement l'organisme. Elles coexistent souvent avec des signes de bronchite et même avec la dilatation des bronches, particularités qui égarent le diagnostic.

CHAPITRE V

Formes cliniques

Il est impossible de donner une description d'ensemble de la tuberculose pulmonaire sénile. Non pas qu'elle ne présente ces symptômes généraux caractéristiques qui font l'unité de la bacillose, mais les lésions très spéciales et très diverses qui lui sont propres, s'accompagnent de signes si particuliers, que l'on doit, pour être précis, distinguer chez le vieillard comme on le fait chez l'adulte, un certain nombre de formes cliniques. Il est inutile d'ailleurs de les multiplier, il suffit qu'elles correspondent aux variétés qu'a fixées l'anatomie pathologique. On doit donc décrire des formes chroniques : la phtisie fibreuse de Bard, la tuberculose ulcéreuse chronique, la tuberculose catarrhale, les bacilloses latente, pleurétique, hémoptoïque et des formes aiguës qui comprennent la pneumonie caséeuse, la granulie à allure infectante (typhique, broncho-pneumonique, cérébrale, cardiaque ou mentale) et des formes latentes.

Tuberculose fibro-emphysémateuse. — La phtisie fibreuse est la phtisie de la vieillesse; les adultes chez qui on peut la rencontrer présentent toujours de l'emphysème et de la sclérose, et, font pour ainsi dire de la sénilité précoce de leurs poumons. Les symptômes hybrides qu'elle détermine tiennent à la fois de l'emphysème et de la tubercu-

lose, et il est presque téméraire de les exposer après Hirtz, Bard et Potain.

Souvent on se trouve en présence d'un de ces vieux malades qui toussent et crachent depuis longtemps ; la nuit, ils ont des accès de suffocation qu'ils appellent de l'asthme, ils n'ont pas de fièvre, sont maigres et sans appétit, mais digèrent suffisamment, et comme leur maladie est déjà ancienne, comme on relève d'autre part des signes de sclérose artérielle et rénale, et comme ils ne demandent pas à être examinés, on pose sans les ausculter le diagnostic commode d'emphysème pulmonaire. La marche de l'affection paraît d'ailleurs le contrôler : après une période plus ou moins longue, ils s'œdématient et meurent en asystolie. Le cas paraît banal : emphysème pulmonaire, dilatation du cœur droit, asystolie ; à l'autopsie, on est surpris des lésions que l'on découvre et l'on doit convenir que ces catarrheux étaient tout simplement des bacillaires. Si ce malade avait été examiné de plus près, on aurait pu remarquer, à côté des signes de l'emphysème, les stigmates de la tuberculose. La dépression des creux sus et sous-claviculaires tranche sur la dilatation de la partie inférieure du thorax. A la percussion, au milieu du tympanisme clair et profond de l'emphysème le doigt perçoit une résistance anormale. Si cette submatité siège au sommet, le diagnostic s'impose. A l'auscultation enfin, dans l'intervalle des rafales de râles sibilants et ronflants, on entend çà et là, avec l'inspiration humée et l'expiration prolongée, quelques craquements secs, une bouffée de râles humides, parfois un gargouillement cavernuleux à timbre voilé. Si la lésion siège à droite et en avant, on pourra encore percevoir jusque sous la clavicule les bruits du cœur, propagés par l'induration du tissu pulmonaire. Les anciens cliniciens avaient saisi toute la difficulté qu'il y a à reconnaître l'association de la tuberculose et de l'emphysème et à établir la part qui revient à

chacun d'eux dans la dissémination des signes physiques, si bien que Geist établissait plutôt son diagnostic par l'ensemble des symptômes que par l'auscultation et la percussion. Cela est vrai dans certains cas et la liste est longue des formes latentes que l'on ne reconnaît qu'à l'autopsie ; cependant il existe presque toujours des signes positifs. La recherche en est laborieuse, mais ils n'échappent pas à un examen complet et méthodique

En somme : association de la tuberculose et de l'emphysème avec prédominance tantôt de l'une, tantôt de l'autre, début insidieux, évolution lente, terminaison par des complications pulmonaires ou par l'asystolie secondaire à la dilatation du cœur droit, tels sont les caractères de la phtisie fibreuse. Par son état général, par l'absence des sueurs et de la fièvre hectique, par la dyspnée qui l'accompagne, elle ressemble plus à la bronchite emphysémateuse qu'à la phtisie. Les hémoptysies y sont fréquentes, elles sont favorisées par les altérations des artérioles, l'état des alvéoles pulmonaires qui ne les soutiennent plus, et par l'hypertension de la circulation pulmonaire qu'entretient la sclérose rénale si fréquente dans la vieillesse.

Tuberculose à forme ulcéreuse chronique. — Cette variété clinique diffère peu de la phtisie ulcéreuse commune de l'adulte; elle passe, comme elle, par les stades d'infiltration et de ramollissement pour aboutir à la formation des cavernes. La marche en est cependant plus lente, les lésions paraissent plus limitées et les symptômes généraux moins accusés. Moureton, Michel, Weil, ont insisté sur cette dernière particularité. Il est vrai que la tuberculose ne détermine plus chez le vieillard de réactions violentes, la pleurodynie existe rarement, la fièvre est peu élevée, la dyspnée modérée, les sueurs nulles. Les traits du visage, que l'âge a déjà

modifiés, ne peuvent offrir cette pâleur et cette expression propres au phtisique jeune. Mais tout ce que l'on a pu dire au sujet de la toux qui serait moins fréquente, de l'expectoration qui serait supprimée, par analogie à ce qui se passe dans la pneumonie où les vieillards, comme les enfants, déglutissent leurs crachats, et de l'hémoptysie qui serait plus rare, paraît exagéré. Lorsque la tuberculose revêt chez le vieillard cette forme, les signes d'auscultation sont indiscutables et s'accompagnent toujours de symptômes généraux. Ces malades d'ailleurs évoluent et meurent en phtisiques.

Forme bronchitique ou catarrhale. — Moins fréquente que les précédentes, la forme bronchitique est celle dont la nature tuberculeuse est le plus facilement méconnue. On pourra encore la diagnostiquer lorsque le catarrhe est secondaire et qu'il existe des signes nets d'induration des sommets. Mais le plus souvent les lésions pulmonaires sont telles que la percussion est normale, que l'auscultation ne révèle que des râles sonores à grosses bulles, plus abondants dans la partie moyenne du thorax qu'au sommet. Les crachats sont fétides, d'une coloration jaune verdâtre, ils n'ont pas cette forme nummulaire à laquelle les anciens médecins attachaient une si grande importance. Si l'on y joint des signes réels de dilatation bronchique, on comprend que le diagnostic ne puisse être établi qu'à l'aide des procédés de laboratoire. La symptomatologie est, en effet, celle de la bronchite simple ou catarrhe muqueux de Laënnec. Son évolution est lente, elle entraîne la mort soit par cachexie, soit par le fait d'une affection aiguë surajoutée.

Forme pleurétique. — D'après Landouzy la pleurésie séro fibrineuse est rare chez le vieillard, son début est insidieux, elle provoque peu de réaction et, souvent mécon-

nue, entraîne la mort subite par l'entrave que l'épanchement apporte au fonctionnement du poumon et du cœur. Les pleurésies secondaires dues à l'irritation de la plèvre par la propagation des tubercules du poumon sont plus fréquentes et l'on constate non seulement la pleurésie sèche avec ses adhérences, qui appartient à la symptomatologie de la phtisie fibreuse, mais aussi l'épanchement pleurétique. Celui-ci accompagne des lésions pulmonaires et pleurales qui modifient par leur présence les signes classiques de l'auscultation. Cette particularité, que bien des praticiens avaient remarquée, a été signalée pour la première fois par Halipré et contrôlée par Courtois-Suffit ; elle est d'ailleurs indiscutable. Le poumon est, en effet, presque toujours atteint de phtisie fibreuse ; il est donc induré et adhère au thorax, au moins à son sommet. Il en résulte que, malgré la présence de liquide dans la plèvre, le son trouve un milieu conducteur suffisant pour le propager au thorax, les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont donc conservés. Le diagnostic sera établi par la percussion, l'auscultation de la voix et la recherche minutieuse des signes accessoires (déformations du thorax, déviation du choc de la pointe du cœur, abaissement du foie). Ces pleurésies secondaires peu graves par elles-mêmes indiquent une marche active de la tuberculose, elles précèdent la cachexie finale.

Le Damany a ajouté aux manifestations pleurales classiques de la tuberculose une pseudo-pleurésie dans laquelle on constate de l'épanchement dans la plèvre sans altérations bacillaires de ses parois. Le liquide proviendrait de l'œdème qui se développe autour des granulations tuberculeuses et aurait filtré à travers le feuillet viscéral. Cette forme paraît être une manifestation de la granulie On la rencontre peu chez le vieillard

Forme hémoptoïque. — Les auteurs qui ont décrit une variété hémoptoïque de la tuberculose sénile ont voulu montrer que, contrairement à la loi générale de Trousseau, les hémoptysies peuvent se produire après 45 ou 50 ans sans être sous la dépendance d'une affection du cœur. Les exceptions que Trousseau admettait sont maintenant la règle : les hémoptysies existent chez le tuberculeux sénile comme chez l'adulte. On constate moins dans la vieillesse ces hémoptysies subites qui viennent révéler la phymie latente au milieu du calme trompeur d'une santé qui paraît bonne, mais l'hémorragie pulmonaire trouve dans les formes fibro-emphysémateuses et ulcéreuses des conditions favorables à sa production. D'après Rueff, elle n'est pas l'indice d'une évolution tuberculeuse plus rapide, elle témoigne simplement des altérations des vaisseaux. Il ne faut cependant pas la considérer comme un accident sans gravité : contrairement à l'opinion de Day et de Jardin, l'hémoptysie, qui coïncide le plus souvent avec la présence de cavernes pulmonaires, entraîne un pronostic sérieux ; comme chez l'adulte, elle est dangereuse par son abondance, sa durée et sa répétition. Elle affaiblit toujours le malade et peut amener une mort foudroyante

Formes latentes. — Par leur fréquence et par leur singularité, les formes latentes ou occultes méritent une place spéciale dans la description de la tuberculose pulmonaire sénile. On amène souvent à l'hôpital, dans les grandes villes surtout, ces vieillards que l'on a recueillis épuisés sur la voie publique. Ils ne présentent aucune affection aiguë, mais la misère a imprimé ses stigmates sur leur corps ; leur amaigrissement, la pigmentation bronzée de leurs téguments, l'état d'asthénie qui les accable, correspondent au syndrome de l'addisonnisme tel que l'a décrit Boinet. Ils restent dans leur lit sans se plaindre, sans avoir même la force de remuer;

le seul symptôme que l'on constate est une diarrhée continue, profuse, incoercible. Prévenu par l'expérience, on recherche avec soin les signes de tuberculose, on les ausculte ; mais la respiration est si superficielle, si faible, que l'on n'entend souvent aucun son ; on les percute, mais leur thorax amaigri résonne également des deux côtés. On se rabat alors sur le diagnostic de pis-aller de misère physiologique et l'on attend : la mort survient peu de temps après, quel que soit le traitement. A l'autopsie, on constate, en même temps que des ulcérations cæcales qui entretenaient la diarrhée, des cavernes volumineuses, mais vides et sans exsudat. Et cependant, ces excavations ne déterminaient aucun signe physique. On peut bien admettre une erreur d'auscultation, mais lorsque cette erreur se reproduit, lorsqu'elle est constatée par des observateurs tels que Barié, Michel, Grancher, Vulpian, on est obligé de convenir qu'il doit exister des conditions spéciales qui modifient l'acoustique. Les particularités qui rendent les cavernes muettes ont été précisées par Grancher : il faut que les mouvements du thorax soient faibles et que l'excavation volumineuse contienne peu de liquide. Chez ces malades épuisés, atteints d'une diarrhée profuse, il se produit une sorte d'hydrémie comparable à celle des cholériques ; les sécrétions pulmonaires sont taries et les cavernes restent sèches ; si on considère en outre, l'état de faiblesse extrême de ces malades qui respirent à peine, on comprend l'absence des signes d'auscultation. Le même fait s'observe aussi chez les adultes qui sont atteints à la fois d'entérite bacillaire et de tuberculose ulcéreuse du poumon. Le flux diarrhéique atténue les signes pulmonaires au point que l'on arrive à se demander si des excavations que l'on avait contatées n'ont pas disparu.

Formes aiguës. — La tuberculose pulmonaire aiguë

existe aussi chez le vieillard, et Moureton a eu le grand mérite d'être le premier à le prouver. Elle peut survenir brusquement chez des malades qui ne présentaient aucune manifestation antérieure de la tuberculose, mais elle peut se déclarer aussi au cours d'une phtisie fibreuse dont elle précipite l'évolution ; ce dernier mode est le plus commun. Dans ce cas, un simple refroidissement, une atteinte de grippe, amènent une éruption de tubercules qui entraîne la mort en quelques jours, et à l'autopsie on constate, conformément à la loi de Bühl, à côté des tubercules récents, la présence de lésions anciennes.

Quelle que soit son origine, la granulie détermine, au point de vue clinique, trois grands syndrômes principaux :

Le premier est celui de la granulie latente, ses caractères sont semblables à ceux que l'on observe à la période terminale de la forme occulte qui a été décrite plus haut, mais son évolution est encore plus rapide, et l'on ne constate à l'autopsie qu'un semis de granulations récentes. Lorsqu'elle survient chez des néoplasiques, on attribue à la cachexie cancéreuse l'état de marasme qu'elle détermine, on ne la reconnaît qu'après la mort. L'épanchement pleurétique est, en outre, fréquent dans cette forme.

Dans un second syndrôme, la granulie évolue comme une pneumonie. Elle se déclare insidieusement, mais la pneumonie ne présente plus chez le vieillard ce début solennel avec frisson et pleurodynie. Elle ne s'accompagne pas d'expectoration, mais le vieillard est si vite prostré et n'a plus alors la force de vider ses bronches. On relève enfin des signes d'hépatisation si manifestes, que l'incertitude subsiste pendant tout le cours de la maladie. La différenciation n'est faite qu'à l'autopsie.

Enfin, dans une dernière série, on peut réunir tous les cas où la granulie revêt une allure suraiguë et simule tous

les états infectieux. Elle affecte la forme de la fièvre typhoïde, celle de la spléno pneumonie de Grancher, enfin le syndrome de la broncho-pneumonie. La mort en est la terminaison obligée. Elle est précédée quelquefois de troubles cérébraux ou de symptômes cardiaques dont on a fait encore des formes cliniques particulières Ces formes aiguës s'observent peu en dehors de l'hôpital ; mais, à cause même de leur rareté, il est utile de les décrire et de les connaître, afin que, loin d'éliminer systématiquement la tuberculose, on y songe au contraire toutes les fois que l'on observe chez le vieillard des symptômes dont la nature paraît douteuse.

CHAPITRE VI

Marche et Pronostic

La tuberculose pulmonaire n'évolue plus chez le vieillard comme chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, la bacillose est envahissante et les localisations pulmonaires ne sont qu'une étape de sa généralisation à tous les organes. Chez le vieillard, au contraire, la tuberculose reste limitée aux poumons. Elle peut bien présenter une marche aiguë et revêtir la forme ulcéreuse, mais ce sont là des exceptions que l'on rencontre surtout à l'Hôpital ; la forme typique de la tuberculose sénile est la phtisie fibreuse, et l'on sait combien elle est torpide et lente à progresser. Lorsqu'on interroge un vieillard chez lequel on en a relevé les signes, on apprend qu'il tousse déjà depuis longtemps, qu'il s'enrhume chroniquement tous les hivers, qu'il a même craché du sang plusieurs années auparavant, et si, impressionné par la constatation de la tuberculose on entrevoit un pronostic sévère, on est tout surpris de revoir, plusieurs années après, ces malades dans le même état. Sans vivre, en effet, comme ce chirurgien dont parlait Peter qui, reconnu tuberculeux à 40 ans par Andral, Chomel et Louis, qui déploraient déjà entre eux sa fin prochaine, mourut à 92 ans sans avoir cessé de tousser, les tuberculeux séniles, surtout ceux dont le diagnostic ne s'impose pas, tolèrent longtemps leurs lésions. C'était à ce point de vue

que se plaçait Fonssagrives et sa remarque était certainement très juste. Si l'on considère, en effet, comme l'a dit Potain, que la bronchite simple est chronique et définitive chez le vieillard, qu'elle l'expose non seulement à l'infection bronchique ascendante, mais qu'elle crée chez lui une insuffisance d'activité fonctionnelle qui est une condition d'aggravation pour toute maladie intercurrente, on conçoit qu'un vieillard atteint de bronchite chronique est presque aussi menacé que s'il était tuberculeux.

Quant à la durée elle-même de la phtisie fibreuse, elle est soumise à tant de coefficients personnels, tant de complications peuvent survenir et l'écourter, qu'on ne saurait la préciser. Le chiffre de douze mois que Louis avait fixé à la suite de l'examen de onze tuberculeux âgés de plus de 60 ans, ne peut être accepté. La mort peut survenir brusquement à la suite d'une bronchite, elle peut être provoquée par une maladie surajoutée, telle que la grippe ou la pneumonie ; mais elle arrive le plus souvent après une période de cachexie lente et progressive ou à la suite d'accidents cardiaques, de l'asystolie qu'entraîne la dilatation du cœur droit. Elle est presque toujours précédée d'une diarrhée profuse qui précipite l'agonie.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sénile présente de grandes difficultés. Parmi elles, il en est qui tiennent aux idées préconçues de bien des médecins. Lorsqu'ils examinent un vieillard, ils éliminent à priori la tuberculose, pensant toujours qu'elle est très rare, tandis que la bronchite chronique et emphysémateuse est inhérente à la vieillesse. Mais il en est d'autres aussi qui sont provoquées par la nature de ses manifestations. Les bacilloses latentes que l'on découvre à l'autopsie ne déterminent, le plus souvent, ni toux, ni expectoration, et si elles accompagnent des affections connues qui paraissent suivre leur évolution normale, il est impossible de les reconnaître ; c'est à peine si on peut les soupçonner. Il en est souvent de même des formes aiguës.

Par contre, la tuberculose ulcéreuse s'impose, même chez le vieillard, par la netteté de ses symptômes. Il est nécessaire, il est vrai, de les rechercher plus soigneusement que chez l'adulte : le murmure vésiculaire est souvent si faible que les râles de ramollissement n'apparaissent qu'après la toux et il peut être délicat de les interpréter à un premier examen. S'ils siègent au sommet, il faudra envisager la possibilité d'un foyer de pneumonie en voie de résolution ; si on les constate à la base, on devra discuter la présence d'une bronchectasie. Une seconde auscultation, un examen bactériologique, dissiperont les doutes.

La phtisie fibreuse est d'un diagnostic difficile : la présence de l'emphysème, l'intensité de la dyspnée, l'allure générale de la maladie, les troubles cardiaques qui peuvent entraîner la mort, répondent peu à la conception classique de la phymie, et il faut une connaissance exacte de cette forme pour la distinguer. Il ne faut pas oublier surtout que l'emphysème n'est qu'une simple lésion anatomique, qu'il peut être sous la dépendance directe de la tuberculose ; si l'on note donc de la matité au sommet, si minime qu'elle soit, quelques craquements humides même discrets, la nature bacillaire de l'affection est prouvée. Monnier a montré aussi que la phtisie fibreuse pouvait se manifester par de simples râles de congestion comme dans les basites expectorantes de Faisans. Elle peut coexister aussi chez les albuminuriques et former une épine autour de laquelle se produiront des poussées d'œdème aigu du poumon. Ces formes-là sont rares, leur diagnostic se base sur la persistance des signes d'auscultation et surtout sur la présence du bacille de Koch dans les crachats. Par contre, le cancer du poumon peut simuler la phtisie fibreuse, surtout s'il est secondaire à un néoplasme latent du tube digestif ou de l'utérus; il s'accompagne bien, il est vrai, d'adénopathies et d'une expectoration caractéristique, mais ces particularités peuvent passer inaperçues, et Potain signale cette erreur de diagnostic comme fréquente.

Lorsque les symptômes qui prédominent sont ceux de la bronchite catarrhale, il est nécessaire, avant de recourir à l'épreuve bactériologique, de procéder à un examen minutieux de malade. Si l'on constate à un sommet des traces d'induration, si l'état général paraît altéré, la tuberculose est en cause.

Le diagnostic différentiel le plus ardu est celui de la bronchectasie. Laënnec et Trousseau le redoutaient et Jaccoud affirmait

dans ses cliniques, qu'il est « l'un des plus difficiles de la pathologie des organes respiratoires ». Lorsque l'on perçoit donc en auscultant la partie inférieure ou moyenne du thorax un souffle à timbre caverneux, on doit toujours se demander s'il existe vraiment une dilatation des bronches, et, si elle existe, si elle n'accompagne pas des lésions tuberculeuses. La bronchectasie véritable est, en effet, peu fréquente à l'autopsie; le plus souvent les symptômes que l'on avait constatés pendant la vie et qui paraissaient caractéristiques sont dus à une simple caverne, dont le siège est anormal. Il n'existe aucun signe pathognomonique qui différencie ces deux lésions : ni l'âge, ni le siège, ni les hémoptysies, ni les symptômes locaux n'entraînent la certitude. La marche de la maladie et l'état général n'ont pas une valeur plus grande. L'examen bactériologique seul, quand il est positif, peut trancher le débat. Et lorsqu'il existe vraiment une dilatation des bronches, on observe toujours aussi des lésions scléreuses du poumon et de la plèvre et parmi elles la phtisie fibreuse est des plus fréquentes Grancher a d'ailleurs étudié les rapports qui existent entre la dilatation des bronches et la tuberculose. On peut les grouper ainsi : « 1° la bronchectasie apparaît au » cours d'une tuberculose en évolution manifeste, soit dans » la phtisie fibreuse, soit dans la phtisie ulcéreuse banale. » Dans le premier cas, la bronchectasie se crée une individualité; dans le deuxième ce n'est qu'une phase de l'évolution caséeuse qui aboutit à la formation d'une caverne ; » 2° la bronchectasie d'une tuberculose éteinte dont on peut » trouver des stigmates; 3° la tuberculose vient se greffer » sur la paroi bronchique dilatée. »

La dilatation des bronches, comme l'emphysème, n'a pas d'autre signification que celle d'une simple altération anatomique : elle peut être indépendante de la tuberculose, mais elle peut en constituer aussi une modalité ; la constatation

de sa présence n'infirme en rien le diagnostic de bacillose, et l'on doit, avant de se prononcer sur sa nature, demander le contrôle des méthodes de laboratoire.

L'origine des hémoptysies qui surviennent au cours de la vieillesse doit être aussi discutée avec soin. Nous avons vu que Trousseau prétendait qu'après 50 ans, l'hémoptysie n'est plus habituellement le signe de la phtisie pulmonaire, mais d'une affection du cœur, quel que soit l'aspect des crachats. L'expectoration de l'apoplexie pulmonaire est cependant caractéristique : son apparition est précédée de crises d'étouffement qui surviennent au cours d'une affection cardiaque le plus souvent connue ; elle se compose de crachats foncés, visqueux, noirâtres qui, peu abondants, disparaissent au bout de quelques jours. Si le sang est vif, vermeil, spumeux, la cause la plus probable de l'hémorragie pulmonaire est, à tous les âges, la tuberculose. Nous savons, en effet, que celle-ci peut affecter, chez le vieillard comme chez l'adulte, la forme ulcéreuse et qu'elle peut entraîner la rupture des anévrysmes de Rasmüssen. Et dans la phtisie fibreuse, malgré le peu de réaction locale, les altérations vasculaires et l hypertension pulmonaire, favorisées par la sclérose, entraînent l'hémoptysie. On devra donc rechercher toujours la tuberculose, si âgé que soit le malade ; un interrogatoire patient, un examen sérieux, permettront de la découvrir. Quant à la rupture d'un anévrysme miliaire ou d'une veine variqueuse des bronches, ce n'est que par élimination qu'on peut les admettre.

Les mêmes hésitations entourent le diagnostic de la forme pleurale; la pleurésie, qui est bien, selon l'expression d'Hallipré, une maladie à surprises, reste souvent latente chez le vieillard. Les signes fonctionnels sont peu marqués ; le malade n'accuse qu'une dyspnée légère, un sentiment de malaise vague et de la toux. Le point de côté n'existe pas, l'épanche-

ment est peu abondant, quelquefois même bilatéral, ne supprimant ni les vibrations thoraciques, ni le murmure vésiculaire. La présence du liquide reconnue, il reste à en préciser et la nature et l'origine. C'était là autrefois la plus grande difficulté et pour le médecin une occasion de faire preuve de sens clinique ; maintenant, grâce au cyto-diagnostic de Widal et Ravaut, la différenciation des pleurésies se fait sans peine. Si l'on trouve dans le liquide pleurétique, après défibrination, centrifugation, étalement, fixation et coloration, une prédominance de lymphocytes, il s'agit sans doute d'une pleuro-tuberculose primaire. Si la pleuro-tuberculose est secondaire, — et c'est là la forme la plus fréquente chez le vieillard, — on ne trouve que des éléments altérés et peu nombreux : hématies déformées, polynucléaires dont le noyau est atteint de pycnose. Les épanchements des cardiaques et des brightiques sont caractérisés par des placards de cellules endothéliales détachées de la paroi, ceux des cancéreux par la présence de cellules néoplasiques.

Toutes les fois d'ailleurs que le diagnostic reste douteux, on aura recours à des procédés accessoires, dont les uns, comme l'épreuve de la tuberculine et la radioscopie, sont encore du domaine de la clinique, tandis que les autres, plus précis mais plus délicats, ressortissent au laboratoire. Aucun d'eux n'est infaillible et leurs résultats doivent être interprétés comme les signes cliniques ; mais on peut, en les comparant, arriver à une connaissance exacte de ce qui est.

Le plus important de ces procédés est la recherche du bacille de Koch. Malgré les opinions nouvelles que l'on voit surgir au sujet du saprophytisme du bacille acido-résistant, le premier terme de l'axiome de Frœntzel et Balmer : « Quand on trouve des bacilles de Koch dans les crachats,

» il y a tuberculose », doit être considéré comme rigoureusement vrai. Mais si la présence des bacilles impose le diagnostic, leur absence ne suffit pas à permettre d'éliminer la tuberculose. Comme l'a précisé Lichteim, « la présence » des bacilles est liée à la destruction ulcéreuse du poumon » et à la communication du foyer tuberculeux avec les » bronches. Quand ces conditions font défaut, il n'y a pas » de bacilles dans les crachats ». Dans la phtisie fibreuse, les lésions sont isolées les unes des autres et enkystées ; il se produit des périodes pendant lesquelles on ne trouve pas des bacilles dans les crachats ; un tubercule se vide dans une bronche et les bacilles pullulent dans l'expectoration. Ceci explique les résultats très différents qu'on peut obtenir en examinant les échantillons successifs des crachats d'un même malade. On ne doit donc jamais conclure à la hâte après un seul examen et il faut procéder, en cas d'insuccès, à des préparations nombreuses et répétées. Dans les formes catarrhales, les bronches sont encombrées d'une sécrétion muco-purulente qui dilue l'exsudat pulmonaire ; sa richesse en globules de pus, en déchets cellulaires et en fibrine, la coexistence d'une flore microbienne complexe, arrivent à masquer la présence du bacille de Koch et, pour le déceler, il est utile d'employer soit l'homogénisation par le suc gastrique artificiel, soit l'inopexie de Jousset. On usera de ces procédés en cas d'hémoptysie où les bacilles sont en nombre proportionnellement inverse à la quantité de sang expectoré.

Parallèlement à l'examen des crachats, il est bon de savoir recourir à d'autres moyens de diagnostic. Parmi ceux-ci, il en est encore deux qui appartiennent à la clinique : la radioscopie qui révèle les indurations du tissu pulmonaire, et l'épreuve de la tuberculine. La radioscopie, dont l'emploi se vulgarise rapidement, est d'une observation facile.

Béclère et Hennecart ont fait ressortir, au dernier Congrès de la tuberculose, toutes les indications que l'on peut en attendre. C'est ainsi que Béclère a pu relever, chez plusieurs centaines d'emphysémateux, des signes constants d'une tuberculose occulte. Quant à l'épreuve de la tuberculine, elle est caractéristique et les vétérinaires l'emploient couramment; mais en France, il répugne encore aux médecins de l'employer chez l'homme.

Lorsqu'on désire des renseignements plus précis, on doit recourir aux procédés de laboratoire. Parmi eux il en est qui demandent des manipulations longues et minutieuses, des préparations nombreuses qu'il n'est pas toujours facile d'interpréter. Elles n'ont donc pas encore de portée pratique. Le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont, que Froment a étudié tout spécialement chez le vieillard, la bactérioscopie directe ou indirecte du sang, sont de ce nombre. Les seuls procédés qui donnent des résultats précis sont la culture sur sang gélosé et l'inoculation au cobaye soit dans le péritoine, par le procédé classique, soit dans la mamelle de la femelle en lactation, comme le préconise Nattan-Larrier.

La simple énumération de ces méthodes d'investigation montre, mieux que de longs commentaires, les difficultés que rencontre le diagnostic de la tuberculose. Chez le vieillard surtout, où ses symptômes sont hybrides, où son évolution torpide et lente n'entrave pas l'exercice d'une certaine activité, la bacillose se dissimule sous des appellations plus rassurantes et le pseudo-catarrheux, qui ne se considère pas assez malade pour voir le médecin, vaque à ses affaires, vit de la vie sociale, dissémine ses bacilles à tous les vents. Pour lui-même, l'ignorance de son état n'a pas une grande importance, dans certains milieux, c'est même un bienfait. La thérapeutique qu'il suivrait n'aurait qu'une action très relative, et quel prétexte pour l'égoïsme de certains enfants qui

acceptent si mal les devoirs d'assistance qui leur incombent, s'ils pouvaient invoquer pour excuse que le vieillard catarrheux et quinteux qu'ils gardent à leur foyer, est tuberculeux et, partant, dangereux. Ce danger existe, mais il est du devoir du médecin de le connaître et d'y parer.

CHAPITRE VIII

Dangers et Prophylaxie

La tuberculose pulmonaire sénile, on ne saurait trop le dire, est une affection méconnue : des malades qui, comme tous les hommes, vivent d'illusions et ignorent toujours leur état; des médecins, que l'on néglige souvent de consulter et qui n'attachent pas assez d'importance à l'auscultation des vieillards. Il en résulte que cette variété de bacillose, comme les phtisies florides, comme toutes les formes lentes et occultes, est un danger continuel de contamination. Ces malades, encore valides, vont partout, ne prennent aucune précaution. A l'hôpital, ils font de longs séjours dans les salles où leur lit avoisine celui d'un jeune typhique ou d'un pneumonique, et comme leur état ne les condamne pas à l'inaction, ils aident les infirmiers dans leur besogne, font les commissions, vont à la cuisine, portent les carafes de lait ou les aliments. La nuit, quand ils sont couchés, ils expectorent dans leur crachoir, mais dans la journée, ils crachent où ils se trouvent : dans les corridors, que l'on balaye ensuite à sec ; dans les cours, où se promènent les convalescents. Dans les hospices de vieillards, leur situation est semblable; la voici, d'ailleurs, telle que la décrit dans un rapport officiel un médecin des hôpitaux, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine[1] :

[1] Joseph Arnaud. L'isolement des tuberculeux hospitalisés à Marseille. (*Marseille médical*, 15 juillet 1905.)

« Les vieillards tuberculeux sont nombreux dans les hos-
» pices... la contamination y est d'autant plus facile que la
» plupart de ces vieux ayant une tuberculose torpide, pro-
» mènent leur pseudo-catarrhe et sèment le bacille partout,
» jusqu'au jour où ils viennent spontanément demander une
» consultation. Le médecin ne peut, en effet, aller recher-
» cher les tuberculeux dans les salles de l'hospice, qui sont
» considérées comme le domicile inviolable des vieillards. »
Ils ne demandent, en effet, à entrer à l'infirmerie, où la discipline est plus sévère, que si leur état s'aggrave et, améliorés, ils retournent à la vie en commun, au dortoir et au réfectoire où, placés à côté d'incurables, ils propagent la bacillose.

En dehors des milieux hospitaliers, le danger n'existe pas seulement pour les familles d'ouvriers qui vivent dans la promiscuité de logements encombrés et malpropres, mais aussi au sein des familles aisées. En voici un exemple que rapportent, d'après Landouzy, Méry et Delille, dans leur article du *Traité des maladies de l'enfance* :

« Dans un jeune ménage, appartenant à un milieu parisien riche et vivant dans d'excellentes conditions hygiéniques, dont le mari et la femme sont d'une superbe santé et l'ascendance absolument vierge de tuberculose, naissent successivement un, deux, trois enfants qui sont successivement emportés vers l'âge de deux ans par la méningite tuberculeuse. Ces enfants, superbes à la naissance, ont été nourris au sein par leur mère et élevés dans les meilleures conditions hygiéniques, à la ville et à la campagne. Dans l'entourage, on ne trouve rien, la bonne d'enfant est parfaitement saine, personne ne tousse et l'on serait prêt à renoncer à découvrir la cause de contamination, lorsqu'on s'avise qu'une vieille domestique, qui a élevé la jeune mère et qu'on a conservée par affection, est atteinte d'un vieux catar-

rhe et tousse quelquefois. Souvent elle garde les enfants, les place sur ses genoux, les embrasse. On l'ausculte et l'on découvre les signes d'une tuberculose pulmonaire ouverte, indiscutable, on examine les crachats, il y a des bacilles. Depuis, cette vieille femme a été reléguée à la campagne, le jeune couple a eu d'autres enfants qui se sont parfaitement élevés, et on n'a plus observé de cas de méningite dans la famille. »

La tuberculose pulmonaire sénile est donc dangereuse, mais elle ne l'est que si elle reste ignorée du médecin. Celui-ci pourra, sans réclamer des mesures trop rigoureuses, qui pourraient paraître inhumaines, sans déclarer même au malade la nature exacte de son affection, exiger quelques précautions, qui seront d'autant mieux suivies qu'elles paraîtront plus simples et plus rationnelles. Lorsque la séparation ou l'isolement sont impossibles à obtenir, il suffira de quelques conseils à l entourage, de quelques habitudes de propreté que le vieillard acceptera toujours dans l'intérêt des siens pour éviter la contagion. A côté du bacille, il reste, en effet, le terrain et c'est surtout en améliorant celui-ci, qu'on arrêtera les progrès de la tuberculose.

CHAPITRE IX

Traitement

La thérapeutique de la tuberculose pulmonaire comporte des indications spéciales à la vieillesse. La formule actuellement si répandue de Brœhmer, qui résume les principes de la cure hygiénique, ne peut être appliquée sans modifications aux malades d'un certain âge. Les condamner au repos allongé, à l'aération continue et à la suralimentation, serait les exposer à des complications pulmonaires ou digestives qui précipiteraient la fin de leur existence. Le tuberculeux sénile est, en outre, indocile; il se plie mal aux prescriptions rigoureuses, surtout lorsqu'il s'agit de l'aération continue, qui va à l'encontre de ses idées les plus anciennes. Toute la persévérance du médecin arrivera à peine à obtenir de lui qu'il crache proprement. La suralimentation rencontre aussi des obstacles sérieux chez des malades dont la dentition est imparfaite, les fonctions digestives languissantes, les reins le plus souvent altérés. On surveillera donc spécialement l'alimentation, en prescrivant les mets de digestion facile et riches en substances nutritives, la viande crue ou rôtie, les œufs, le lait, les purées de féculents. On proscrira, par contre, tous les médicaments qui pourraient provoquer ou entretenir des troubles digestifs, l'huile de foie de morue par exemple, mais l'usage judicieux des amers, des préparations phosphatées et surtout de l'arsenic augmentera l'appétit et activera la nutrition.

Potain et Barié ont insisté sur le peu d'utilité de la médication locale, les phénomènes de congestion active étant rares et la révulsion n'ayant aucune action sur la sclérose et le catarrhe.

On opposera enfin à chaque forme clinique des médications appropriées. On évitera l'emploi de l'iodure de potassium, même dans les formes fibreuses où les signes d'emphysème paraissent prédominer, cette substance étant un congestif puissant dont l'usage peut être suivi d'hémoptysies. En cas d'expectoration abondante, la créosote ne doit être administrée que par la voie rectale ; on lui préférera les balsamiques, qui irritent moins le tube digestif, tels que le tolu, la terpine, le benzoate de soude, ou les sulfureux que Potain préconisait dans les cas apyrétiques sous la forme des pilules de Morton. Cette préparation, ainsi que la teinture de scille, à la dose de un ou de deux grammes, peut diluer aussi les crachats trop épais. L'opium enfin, sous toutes les formes et dans toutes les combinaisons, joint à la lobélie en cas de dyspnée, aux astringents en cas de diarrhée, sera le médicament le plus employé sinon le plus utile Et lorsque tout espoir sera perdu, la morphine adoucira encore les dernières douleurs de l'agonie.

OBSERVATIONS

Il nous a paru inutile de rapporter ici toutes les observations de tuberculose pulmonaire sénile qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Celles que nous avons réunies ici sont dues à l'obligeance de M. le professeur Boinet, il les a recueillies lui-même dans son service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et elles ont toutes reçu le contrôle de l'autopsie. On ne saurait donc les discuter.

Formes chroniques

Phtisie fibreuse

Observation Première (M. Boinet)

Henri V..., 56 ans. Alcoolique, s'enrhume tous les hivers, mais entre dans le service en proie à une dyspnée très vive A l'examen, il présente des signes d'emphysème, avec de la matité au sommet gauche et des bouffées de râles humides ; il meurt avec des symptômes d'insuffisance cardiaque.

A l'autopsie [415], on constate une sclérose ancienne avec carnification et épaississement pleural considérable du sommet du poumon gauche qui est, en outre, creusé de petites cavernules et infiltré de masses caséeuses qui s'étendent jusqu'à la partie moyenne du lobe supérieur. Le poumon droit est recouvert d'une plèvre épaissie avec sillons transversaux correspondant aux côtes ; il est atteint de phtisie fibreuse avec foyers caséeux et cavernes grosses comme des grains de raisins et localisées au lobe supérieur. Il existe dans le lobe moyen de petits tubercules caséeux sans cavernes. Le cœur droit et l'orifice tricuspidien sont dilatés.

Observation II (M. Boinet)

Pierre C..., 56 ans, meurt après un séjour de quelques semaines à l'Hôtel-Dieu, il toussait déjà depuis longtemps, et, tous les ans, venait prendre ses quartiers d'hiver à l'hôpital. Chez lui, malgré des signes d'emphysème pulmonaire, la tuberculose était évidente, il avait eu d'ailleurs des hémoptysies, et ses crachats contenaient le bacille de Koch.

Autopsie [197]. Le sommet de son poumon droit a contracté des adhérences fortes et anciennes avec la paroi thoracique et présente, à côté de nombreux tubercules calcifiés, une infiltration en masse de tubercules ramollis. Il existe aussi, à la périphérie de ces tubercules anciens, de nombreuses cavernules ayant le volume d'une amande et entourés de tissus fibreux. Le poumon gauche n'offre que quelques tubercules au niveau du hile et du sommet. L'aorte est parsemée de plaques d'athérome. Le foie est atteint de dégénérescence graisseuse; les reins sont petits, scléreux, congestionnés.

Observation III (M. Boinet)

Florian F..., âgé de 62 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1902, pour une broncho-pneumonie gauche qui, cliniquement, paraît être de nature tuberculeuse, malgré l'examen négatif des crachats. En janvier 1903, on signale des signes cavitaires très nets. La cachexie fut rapide et le malade mourut le 18 janvier 1903.

A l'autopsie. Le poumon gauche est transformé en un bloc scléreux, il adhère fortement à la cage thoracique au moyen d'une plèvre fort épaissie ; on est obligé de le sculpter pour l'enlever. Son sommet est occupé par une caverne grosse comme une orange, à parois fibreuses. Le poumon droit splénisé est recouvert d'une plèvre épaissie et, sur sa coupe, on voit des tubercules jeunes localisés au sommet. L'aorte est athéromateuse et dilatée.

Observation IV (M. Boinet)

Jules G..., 62 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour un vieux catarrhe qu'il traîne depuis longtemps ; lorsqu'il arrive dans le service, il est

exténué; son visage amaigri, son thorax décharné, ses ongles hippocratiques, suffiraient à indiquer l'affection dont il souffre. On constate d'ailleurs de la matité absolue aux deux sommets et l'on perçoit à l'auscultation du côté gauche un souffle à timbre caverneux qui offense l'oreille ; du côté droit, la respiration est diminuée, on sent que l'air pénètre mal. Le malade succombe lentement aux progrès de la cachexie, le 4 mai 1905.

A l'autopsie. Le poumon gauche, recouvert d'une plèvre très épaissie, adhère à la paroi thoracique et au péricarde ; il présente, à son sommet, une caverne du volume d'une mandarine, entourée d'une zone de tubercules jeunes. Au-dessous d'elle se trouvent des amas de noyaux caséeux, jaunes grisâtres, non ramollis, parsemés de points noirs anthracosiques. Un de ces blocs caséeux est triangulaire; sa base confine à la scissure ; il a 4 centimètres de largeur sur 3 de hauteur. Le poumon droit est très adhérent à la paroi thoracique et recouvert d'une plèvre fortement épaissie. Son sommet, emphysémateux, est le siège d'une sclérose intense qui le transforme en une masse dure, résistante, fibreuse, qui présente, sur la coupe, d'abondants tractus scléreux circonscrivant les bronchioles remplies de pus et de petits tubercules non ramollis, sans cavernes. Le lobe inférieur est parsemé de tubercules disséminés dans un tissu fibreux. Les bronches épaissies, dures, non dilatées, ont sur leur muqueuse une couche de mucosités purulentes. Le ventricule droit du cœur est dilaté et l'orifice tricuspidien anormalement élargi. Le foie a un aspect muscade avec dégénérescence graisseuse. Les reins sont rétractés et graisseux. Les capsules surrenales sont scléreuses, petites.

Observation V (M. Boinet)

Achille T..., 56 ans, arrive agonisant à l Hôtel-Dieu. Il souffre depuis longtemps d'un vieux catarrhe qui l'a obligé à suspendre tout travail depuis l'hiver dernier. Jusqu'au mois qui a précédé son entrée à l'hôpital, il pouvait se lever; mais depuis, ses forces ont baissé, il tousse et crache continuellement, la nuit il n'a plus de repos, ses jambes sont œdématiées, il reste assis sur son lit en proie à une orthopnée continue. A l'auscultation, on perçoit une pluie de râles sibilants et ronflants avec,du côté gauche, de la matité

et des râles crépitants. Il meurt deux jours après son entrée dans le service.

A l'autopsie [31]. Le poumon gauche, emphysémateux au sommet, est infiltré de tubercules miliaires à la base. Le poumon droit est couvert d'adhérences pleurales fibreuses et étendues. On constate au milieu des tractus fibreux et de l'emphysème, une petite caverne à son sommet. La base est très congestionnée. Il existe des lésions de dégénérescence graisseuse au foie et aux reins.

Observation VI (M. Boinet)

Claude R..., 59 ans, meurt quelques heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Autopsie [91]. Le sommet du poumon droit est infiltré de gros blocs caséeux et creusé de quelques cavernes. Les lobes moyen et inférieur présentent des lésions fibro emphysémateuses avec amas anthracosiques. Le poumon gauche est recouvert d'une plèvre anciennement épaissie, son sommet est infiltré de tubercules, entourés de tissu fibreux.

Observation VII (personnelle)

Léonard C..., 63 ans. Salle Aillaud, 27. Alcoolique, a travaillé pendant vingt ans sur les quais au transbordement du blé. C'est une profession insalubre où l'on respire continuellement des poussières, et les ouvriers qui s'y livrent bouchent leur nez avec du coton et respirent avec la bouche, qu'ils garantissent d'un mouchoir. Aussi déclare-t-il avoir toujours toussé et craché. Depuis cinq ans il ressent, en outre, dès qu'il marche un peu vite, une oppression gênante ; l'hiver il a de longs rhumes et souvent des accès de suffocation.

Il entre à l'hôpital à la suite d'une hémoptysie. Il est à ce moment amaigri et voûté, la partie inférieure de son thorax est dilatée, les creux sus et sous-claviculaire sont, par contre, déprimés. A l'auscultation, l'on constate aux deux bases de l'affaiblissement du murmure vésiculaire ; on perçoit des craquements humides aux sommets. Après un repos d'un mois dans le service, il meurt dans un accès d'oppression.

A l'autopsie. Emphysème très marqué aux deux bases. Au sommet droit, on constate une petite excavation, le poumon gauche et la partie inférieure du poumon droit sont formés d'un tissu grisâtre, dur, qui crie sous le scalpel, infiltré d'anthracose et de granulations discrètes. Athérome à l'aorte. Reins scléreux, foie gras. Cœur myocarde mou, dilatation énorme du ventricule droit.

Observation VIII (M. Boinet)

Marie B..., 59 ans, salle Sainte-Elisabeth, 3, entre à l'Hôtel-Dieu pour un catarrhe dont elle souffre depuis longtemps. Elle est très amaigrie, s'alimente à peine, la moindre nourriture provoque des quintes de toux. Toutes les nuits elle est prise de crises d'étouffements qui l'obligent à recourir à la morphine. A l'auscultation on trouve aux bases des signes d'emphysème pulmonaire indiscutables, mais il reste des râles humides aux deux sommets, avec retentissement de la voix. Expectoration très abondante, crachats verdâtres. Après deux examens négatifs on y constate la présence de bacilles de Koch. Après un long séjour dans le service, elle se cachectise progressivement et meurt le 15 juillet 1905.

A l'autopsie [537] Symphyse pleurale des deux côtés. Le poumon droit est le siège d'une congestion œdémateuse. Emphysème au bord antérieur et à la base ; à la coupe du sommet, on constate des îlots de tissu conjonctif et cicatriciel entourant des tubercules crus et deux ou trois cavernes. Le poumon gauche est infiltré d'un grand nombre de tubercules jaunâtres caséeux, ils sont entourés de tractus fibreux. Myocarde pâle, teinte feuille morte, ventricule droit dilaté. L'aorte est athéromateuse.

Observation IX (M. Boinet)

Frédéric M..., 60 ans, arrive à l'Hôtel-Dieu dans un état cachectique très marqué. Œdème de la face et des membres inférieurs. Orthopnée, crachats hémoptoïques. A la percussion, sonorité exagérée aux deux bases, matité aux sommets. A l'auscultation, la poitrine est encombrée de râles à timbre grave et à grosses bulles ; il existe cependant au sommet droit quelques râles plus fins et qui persistent après la toux.

A l'autopsie [515]. Le sommet du poumon droit est infiltré de tubercules caséeux et de cavernes, ils alternent avec des zones de sclérose pulmonaire et d'emphysème. Au poumon gauche, emphysème à la base, tubercules disséminés et sclérose pulmonaire. Adhérences pleurales considérables des deux côtés. Cœur mou, dilaté. Aorte athéromateuse. Reins scléreux Foie scléreux avec des îlots de dégénérescence graisseuse.

Pneumonie au cours de la tuberculose fibreuse

Observation X (M. Boinet)

Pauline A.., 68 ans Sainte Elisabeth, 10, entre à l'Hôtel-Dieu avec une température de 39°, de l'œdème des membres inférieurs, la langue rôtie, des traces d'albumine dans les urines. Elle tousse depuis plusieurs années et a eu, il y a dix ans, des hémoptysies. Elle s'occupait cependant des soins de son ménage lorsqu'elle fut prise, il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, d'une toux plus fréquente, d'une oppression plus vive, d'un point de côté à gauche qui ne lui laissent depuis aucun repos. On constate à l'auscultation des râles sibilants et ronflants disséminés avec, au sommet gauche, des signes d'hépatisation. Les crachats sont peu abondants. la malade, assise sur son lit, ne vide pas ses bronches ; elle meurt le 24 mai 1905, après une longue agonie.

A l'autopsie [526]. On constate un foyer d'hépatisation rouge à la partie supérieure du poumon gauche, le reste de cet organe présente des lésions d'emphysème et quelques tubercules caséeux disséminés ; ils sont entourés de travées fibreuses qui affectent un aspect aréolaire. A droite, le poumon est le siège d'un emphysème généralisé, il est congestionné à la base, présente quelques tubercules crétacés au sommet, une plèvre épaisse le recouvre. Le cœur est normal. Les reins sont scléreux, le foie présente des signes de dégénérescence graisseuse.

Formes fibro-cavitaires

Observation XI (M. Boinet)

Marie R..., 62 ans (Hôtel-Dieu, salle Sainte-Elisabeth, 12 septembre 1903), ne présente pas de maladies antérieures dans ses antécédents, mais toute sa vie elle a souffert de la misère. De ses cinq enfants, trois sont morts en bas âge, deux de méningite tuberculeuse, un d'athrepsie. Elle tousse beaucoup depuis un an et crache abondamment; elle a, en outre, considérablement maigri. Les symptômes qu'elle présente sont typiques : souffle cavitaire au sommet gauche. Au sommet droit, on constate seulement une matité complète, massive, avec abolition du murmure vésiculaire. Les vibrations, augmentées sur toute la hauteur du thorax, éliminent le diagnostic de pleurésie. La mort survient, rapide, au milieu de l'asthénie et de la dyspnée.

A l'autopsie [230]. On trouve : au sommet du poumon gauche, une caverne, grosse comme une noix; elle est recouverte d'un épaississement pleural fibreux très épais ; autour d'elle, sont disséminés de petits tubercules calcifiés et quelques cavernes, engainées et réunies par des tractus fibreux. Des lésions d'emphysème pulmonaire ont envahi les bords antérieurs et une partie du sommet du poumon. Le poumon droit est entouré d'adhérences fibreuses dans toute sa hauteur ; elles sont plus accusées au sommet et très marquées au niveau du diaphragme, le lobe supérieur est le siège des altérations classiques de la phtisie fibreuse avec d'abondants tractus fibreux, entourant de petits tubercules non ramollis. Ces lésions existent aussi, mais à un degré moins avancé dans les deux lobes inférieurs. Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse. L'aorte est athéromateuse. Enfin, on note une dilatation de l'orifice tricuspidien.

Observation XII (M Boinet)

Paul B.. , 63 ans, salle Ducros, 25, est un ancien cocher, alcoolique et fumeur ; il tousse depuis dix ans et vient, depuis plusieurs années, passer ses mois d'hiver à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, il est

toujours amaigri et en proie à une dyspnée assez vive ; mais, après quelques jours de repos, son état s'améliore vite : il va et vient dans la salle, aide les infirmiers dans leur service, garde les délirants, joue aux cartes avec les convalescents, dissémine, en un mot, ses bacilles de tous les côtés. Les signes d'auscultation sont manifestes, mais ne progressent pas. Au mois de mars 1903, il quitte le service et revient, trois mois après, amaigri, méconnaissable, dans un état d'anémie extrême. Il a été pris d'hémoptysies très violentes et répétées. Elles se reproduisent dans le service et hâtent sa mort, qui survient le 19 juillet 1903.

A l'autopsie [210]. Deux cavernes à parois fibreuses occupent le sommet du poumon gauche l'une d'elles contient encore un exsudat noirâtre et cruenté ; elles sont entourées de bandes fibreuses ; ailleurs, on constate de l'emphysème et des tubercules calcifiés. Le poumon droit présente de nombreux tubercules au sommet et un emphysème considérable à la base. Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse.

Formes ulcéreuses

Observation XIII (M. Boinet)

Pierre P..., 65 ans. Sa femme est morte tuberculeuse il y a trois ans, et lui-même tousse et crache depuis plus de vingt ans. Il est tombé dans une grande misère et arrive à l'Hôtel-Dieu dans un état lamentable. Il souffre d'une diarrhée continue, tousse et crache toute la nuit, n'a aucun appétit et a à peine la force de se soulever sur son lit. A l'auscultation, on trouve un souffle à timbre caverneux aux deux sommets, avec gargouillements après la toux. Crachats abondants, verdâtres, ne présentant pas l'aspect nummulaire, contenant le bacille de Koch. Il meurt cachectisé huit jours après son admission, 19 décembre 1904.

A l'autopsie [418]. On trouve dans la moitié supérieure du poumon gauche une série de cavernes entourées de tractus fibreux et de tubercules miliaires. Il existe aussi à la base des tubercules en voie de ramollissement. Le poumon droit présente, au niveau de sa base supérieure, une caverne du volume d'une mandarine et une infiltration de tubercules miliaires. Son lobe inférieur est infiltré en

masse de tubercules jeunes. L'orifice tricuspide est dilaté. Le foie est atrophié, graisseux.

Observation XIV (M. Boinet)

Clément B..., 58 ans, ancien ouvrier des quais, de haute stature, autrefois très vigoureux ; alcoolique; a eu des fièvres intermittentes en Algérie, une pleurésie à frigore, il y a dix ans. Depuis cette dernière maladie, il est sujet à des bronchites répétées, mais n'a jamais eu d'hémoptysies. Lorsqu'il entre à l'Hôtel-Dieu, il est très amaigri, présente de la matité aux deux sommets, et à l'auscultation des signes cavitaires. Il meurt après deux mois de séjour dans le service, le 19 décembre 1904.

A l'autopsie [439]. On constate une caverne au sommet du poumon droit ainsi que des cavernules disséminées dans les lobes supérieurs et moyens. Le poumon gauche présente une caverne à son sommet, une infiltration de tubercules dans ses deux tiers inférieurs et des tractus fibreux à sa base; comme dans la plupart des cas précédents, le foie est atrophié, graisseux, et les reins sont en état de dégénérescence graisseuse.

Observation XV (M. Boinet)

Honoré G..., 68 ans, ancien mécanicien, entre à l'Hôtel-Dieu, très amaigri. Il tousse depuis plusieurs années et a craché toute sa vie; cette particularité, qu'il juge inhérente à sa profession, ne l'a jamais inquiété. Depuis trois mois cependant, la toux est devenue plus fréquente et il a remarqué dans ses crachats quelques filets de sang, il a souffert, en outre, de la misère. On constate, à l'examen de son appareil respiratoire, de la matité aux sommets, du souffle avec gargouillement après la toux. Il s'améliore au début de son séjour à l'hôpital; mais, quatre mois après son entrée, il est pris d'une diarrhée profuse, et meurt dans le marasme.

Autopsie. Au sommet du poumon droit, caverne volumineuse et tubercules calcifiés. Le poumon gauche est infiltré de tubercules caséeux et de cavernes. Athérome aortique, plaques laiteuses péricardiques sur la paroi antérieure du ventricule droit. Insuffisance tricuspidienne. Foie rétracté, petit, graisseux. Reins sclérosés.

Observation XVI (M. Boinet)

Pierre M..., 57 ans, ancien ouvrier boulanger, alcoolique, fièvre typhoïde à 28 ans, entre à l'hôpital pour des troubles gastro-intestinaux ; son abdomen est volumineux, ascitique, mais il est aussi très amaigri et tousse continuellement. L'examen clinique enregistre des signes de cirrhose du foie, mais la présence de râles et de gargouillements au sommet du poumon fait poser des réserves au sujet de la coexistence probable d'une phymie. Le malade meurt rapidement après une crise de diarrhée profuse.

A l'autopsie. On constate des signes de cirrhose de Laënnec : foie petit, clouté rate volumineuse, le poumon droit, dont les deux tiers inférieurs sont infiltrés de tubercules en voie de ramollissement est creusé d'une vaste caverne à son sommet. Le poumon gauche est moins atteint, on y constate cependant plusieurs cavernes entourées de zones d'emphysème aréolaire. Le cœur droit est hypertrophié.

Observation XVII (M. Boinet)

Prosper M..., 56 ans, relieur, très amaigri, et présentant tous les signes de l'addisonnisme, meurt le 10 janvier 1904. Les signes d'auscultation qu'il présentait étaient ceux d'un cavitaire à la troisième période, et lorsqu'il entra dans le service son état était si précaire qu'il mourut le soir même.

A l'autopsie [329]. Le poumon gauche présente une caverne grosse comme une noix, localisée à son sommet et une infiltration du tubercules caséfiées sur tout le reste de l'organe. Des cavernes de même volume existent aussi au sommet du poumon droit, sur son bord antérieur et vers sa base. Ce poumon est infiltré dans toute sa hauteur de tubercules, de tractus fibreux abondants, et il est recouvert d'une plèvre épaissie. Le cœur est petit, l'orifice tricuspide dilaté. Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse. Les capsules surrénales sont sclérosées, bosselées, sans tubercules appréciables.

Observation XVIII (M. Boinet)

Jean-Baptiste B.. , âgé de 59 ans, meurt à l'Hôtel-Dieu, après un séjour de plusieurs mois Il présentait des signes de bacillose avancée, et le diagnostic chez lui ne laissait aucun doute.

A l'autopsie. On constate une symphyse complète des deux plèvres qui sont fibreuses et épaissies, une caverne volumineuse à la partie supérieure du poumon droit, dont la base est criblée de tubercules ; des cavernes au poumon gauche.

Observation XIX (M. Boinet)

Emile V.., 56 ans, garçon restaurateur, a eu une pleurésie à l'âge de 40 ans et depuis il tousse et crache chroniquement. Il a dû cesser tout travail l'année dernière, et depuis cette époque, il va d'un service de médecine à l'autre. Quand il rentre à l'Hôtel-Dieu, il est très amaigri et souffre surtout de la dysphagie produite par des accidents laryngés. A l'examen de son appareil respiratoire, on constate de la matité des deux côtés, du gargouillement au sommet du poumon droit. Son état général est encore suffisant, il peut se lever et descend dans la cour. La dysphagie augmente progressivement ; il s'y ajoute du spasme de la glotte, la cachexie survient alors rapidement et il meurt le 10 septembre 1903.

A l'autopsie [224]. Le poumon droit est scléreux et présente à son sommet huit cavernes dont le volume oscille entre les dimensions d'une noix et celles d'une mandarine. Le poumon gauche est emphysémateux, une cavernule existe à sa partie moyenne.

Observation XX (M. Boinet)

Alphonse B... 57 ans, cuisinier, arrive à l'Hôtel-Dieu en proie à une dyspnée violente, il est malade depuis plusieurs mois, et son affection a débuté par une pleurésie ; depuis, il n'a jamais cessé de tousser ; à deux reprises il a eu des hémoptysies. Enfin, il était depuis un mois dans un garni, sans nourriture et sans soins. On remarque à la percussion de la matité aux deux sommets ; à l'auscultation la

poitrine est encombrée de râles dont quelques-uns ont un timbre caverneux. Malgré une médication énergique, il expire le soir de son arrivée.

A l'autopsie. Le poumon gauche présente une infiltration de masses caséeuses dans toute la hauteur de son lobe supérieur et quelques cavernules localisées au sommet.

Le lobe inférieur est splénisé et infiltré de tubercules plus jeunes. Le poumon droit est fibreux, rétracté, recouvert d'un épaississement pleural considérable. Son lobe supérieur est creusé de cavernes, dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noix. Vers la partie inférieure et externe du poumon se trouve une vaste caverne, affaissée, rétractée, en partie oblitérée par un tractus fibreux.

Formes pleurétiques

Au cours d'une tuberculose chronique

Observation XXI (M. Boinet)

Philippe M..., 60 ans, alcoolique, d'un tempérament jadis robuste, n'accuse comme maladie antérieure qu'une pneumonie à droite à l'âge de 40 ans ; il est malade depuis un an seulement, et son affection a débuté par un peu de toux, de l'oppression nocturne et de la dyspnée d'effort. Il y a deux mois qu'il s'est aperçu que son abdomen augmentait de volume ; depuis lors il n'a plus d'appétit, tousse davantage, la dyspnée est devenue intense. L'ascite est cependant peu abondante, mais on trouve au sommet gauche de la matité, un souffle à timbre cavitaire; du côté droit, de la matité, du silence respiratoire, de la diminution des vibrations. Il meurt avant qu'on ait pu le ponctionner, 29 mai 1903.

A l'autopsie [185]. Le poumon gauche, splénisé dans toute sa hauteur, présente, à son sommet, deux cavernes et quelques tubercules ramollis; on remarque près d'eux d'autres tubercules calcifiés et entourés de tissu scléreux. Le poumon droit est couvert d'adhérences scléreuses qui en rendent l'extraction difficile, il est congestionné et présente une caverne à son sommet. Le foie petit, enveloppé d'une capsule dure, fibreuse, épaissie, est atteint de dégénérescence graisseuse massive ; il est parcouru par des tractus

fibreux. Les reins sont volumineux, graisseux, jaunâtres. La plèvre droite contient un litre environ de liquide.

Au cours d'une tuberculose aiguë

Observation XXII (M. Boinet)

Marius P..., 73 ans, entre dans le service avec tous les signes classiques d'un épanchement pleurétique du côté droit, il n'est malade que depuis un mois et n'avoue aucune maladie antérieure. Une ponction permet de retirer un litre de liquide hémorragique, il n'en éprouve aucun soulagement et meurt une semaine après.

A l'autopsie [7]. Le poumon gauche est congestionné, rouge vineux, infiltré par une énorme quantité de tubercules miliaires. Le poumon droit est le siège d'une infiltration granulique considérable, prédominant à la base. La plèvre droite contient environ 200 cc. de liquide hémorragique. Symphyse cardiaque complète, myocarde mou, de couleur feuille morte, aorte athéromateuse. Infarctus ancien au niveau du rein et de la rate.

Observation XXIII (M. Boinet)

Prosper G..., 56 ans, succombe rapidement aux progrès d'une tuberculose généralisée. Sa maigreur extrême, son teint blafard, une diarrhée profuse, indiquaient la nature de son affection.

A l'autopsie. On trouve, enkysté dans la plèvre gauche très épaissie et qui lui forme une sorte de coque fibreuse, un épanchement de 600 grammes environ de liquide Le poumon gauche, réduit au tiers de son volume normal, est transformé en un tissu compact traversé en tous les sens par des bandes fibreuses, émanant de la plèvre épaissie. Il est infiltré, en outre, de tubercules jeunes et de granulations miliaires. Le poumon droit offre la même infiltration généralisée de tubercules. L'intestin grêle présente des ulcérations transversales. Les anses intestinales sont agglutinées par de fausses membranes qui baignent dans un liquide purulent. Les ganglions mésentériques sont volumineux et quelques uns même caséeux.

Formes aiguës

Tuberculose granulique

Observation XXIV (M. Boinet)

Ange B..., 67 ans, est amené à l'Hôtel-Dieu le 6 avril 1905; il est très amaigri, ne tousse pas, mais présente une température élevée, la langue saburrale, une diarrhée ocreuse assez abondante; il dit être malade seulement depuis un mois. On pense d'abord à une simple grippe, mais la température ne s'abaisse pas, la respiration est rude aux deux sommets, il existe quelques râles aux deux bases; le malade se cachectise rapidement et meurt le 18 avril 1905.

A l'autopsie [590]. Les deux poumons splénisés sont infiltrés de tubercules miliaires récents Le cœur est normal, quelques plaques d'athérome à l'aorte.

Observation XXV (M. Boinet)

Louis G.. , 56 ans, tapissier, bonne santé antérieure, mais alcoolique, est pris subitement d'une toux sèche et fréquente, d'un accès d'oppression; il entre chez lui et un médecin, qui constate de la fièvre, trouve la langue saburrale, l'envoie à l'hôpital. Il meurt au bout de quelques jours sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

A l'autopsie. Les deux poumons sont congestionnés, infiltrés de tubercules.

Phtisie galopante au cours d'une tuberculose emphysémateuse

Observation XXVI

Le nommé Jules L..., 57 ans, entre à l'hôpital de la Conception, salle Saint-François, n° 4 (service de M. le professeur Arnaud, suppléé par M. Michel, le 2 septembre 1905). C'est un ancien légionnaire qui vient de la Tunisie où il habitait depuis plus de trente ans. Il avait, autrefois, une santé robuste, que l'alcool, le paludisme

et la syphilis ont altérée; depuis cinq ans il est, en outre, sujet à des accès d'asthme avec oppression nocturne et tous les hivers il est obligé d'interrompre son travail pour entrer à l'hôpital. Depuis un an, il présente des crises d'épilepsie jacksonnienne dont il donne une description très exacte: elles commencent par le pied gauche, se propagent au membre inférieur, puis au membre supérieur, mais n'intéressent pas les muscles de la face; en dehors de ses crises, il conserve de la parésie du membre inférieur gauche avec un léger degré de contracture. Il venait de quitter l'hôpital de Tunis et se trouvait de passage à Marseille pour se rendre en Alsace, dans son pays, lorsqu'il est pris d'une crise qui l'oblige d'entrer à l'hôpital. Les médecins de Tunis, dont il nous présente un certificat, l'avaient traité pour de l'emphysème pulmonaire et, attribuant ses accès convulsifs à la syphilis antérieure, lui avaient administré de l'iodure de potassium à haute dose. Il présente, en effet, des symptômes indiscutables d'emphysème pulmonaire ; la partie inférieure du thorax est dilatée ; à la percussion, on constate aux deux bases un tympanisme clair, profond, caractéristique, qui empiète sur l'aire cardiaque et sur la matité du foie ; à l'auscultation, la respiration est humée. Mais aux sommets, les signes changent : les fosses sus-claviculaires sont déprimées, on perçoit à gauche de la submatité et des râles humides, persistants. On ne peut douter : il existe au-dessous de l'emphysème une épine tuberculeuse. Les crachats sont verdâtres, très abondants ; l'examen bactériologique, pratiqué à deux reprises, ne décèle cependant pas la présence du bacille de Koch. Après quelques jours de repos, le malade paraît amélioré, il se lève tous les jours, essaye de marcher, mais ses crises le reprennent bientôt ; elles sont bien telles qu'il les décrivait et le laissent ensuite dans un état d'abattement profond. Deux jours après le retour de ses crises, il est pris d'une dyspnée intense, sa température s'élève à 40, son visage se couvre de sueurs, on constate à la base droite de la matité et du souffle; et, malgré le traitement d'usage que l'on institue aussitôt, il expire trois jours après.

A l'autopsie. Les deux poumons présentent de l'emphysème généralisé ancien et considérable. Au sommet gauche, on remarque en outre plusieurs îlots de sclérose limitant des tubercules crétacés, et quelques tubercules crus plus récents. La base droite enfin est

hépatisée ; à la coupe, on remarque un semis dru et confluent de tubercules miliaires. Le cœur est normal, l'aorte présente des plaques d'athérome, on constate enfin au cerveau un tubercule de la grosseur d'une noisette, caséeux au centre, qui occupe les plis supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante et empiète sur le lobule paracentral.

Formes latentes

Observation XXVII (M. Boinet)

Anaïs B..., 57 ans, est amenée mourante à l'Hôtel-Dieu. Elle est si faible qu'il est impossible d'obtenir d'elle le moindre renseignement. Elle reste prostrée dans son lit, en proie à une diarrhée profuse, incoercible. Sa peau présente une pigmentation semblable à celle des addisonniens ; ses membres inférieurs sont, en outre, œdématiés. La malade ne tousse, ni n'expectore, et à l'auscultation les mouvements respiratoires sont si faibles que l'on n'entend aucun bruit. Elle meurt le lendemain à 6 heures du soir, 21 novembre 1902.

Autopsie [73]. La cavité péritonéale contient 200 grammes environ de liquide chyliforme, le péritoine est envahi de granulations tuberculeuses. Le cœur est petit, les capsules surrénales normales, les reins, blanchâtres, lardacés, ont leur capsule épaissie et adhérente à la coupe. Les poumons sont infiltrés de tubercules, avec cinq ou six cavernules de la grosseur d'une noisette au sommet.

Observation XXVIII (M. Boinet)

Robert L..., 62 ans, ancien ouvrier des quais, alcoolique, est amené du chauffoir municipal dans un état de cachexie extrême ; il est envahi par la phtiriase, il délire et ses mains sont agitées d'un tremblement convulsif ; il est incapable de répondre raisonnablement, il gémit seulement quand on lui adresse la parole. Sa langue est rôtie, il a une diarrhée profuse et baigne dans ses déjections. A l'auscultation, il respire si mal que l'on ne peut saisir aucun bruit. Il expire au bout de deux jours, le 14 janvier 1905.

Autopsie [97]. Rien au cerveau. Au poumon gauche on constate

au sommet une caverne de la grosseur d'un œuf; le parenchyme qui l'entoure est infiltré de tubercules, la plèvre est épaissie, avec des adhérences récentes au thorax. Le poumon droit est infiltré de tubercules, il ne présente pas de cavernes. Il existe, en outre, sur le cæcum de larges ulcérations transversales dont la nature tuberculeuse ne fait aucun doute.

Observation XXIX (M. Boinet)

Blaise M..., 57 ans, miséreux, est apporté mourant dans le service le 15 juin 1903. Un examen approfondi ne permet pas de découvrir la cause de son état; il respire si mal que l'on n'entend rien à l'auscultation ; à la percussion, on trouve de la submatité aux deux sommets. Il présente une diarrhée continue incoercible. La mort survient le soir de son entrée.

A l'autopsie. Le poumon droit présente une caverne du volume du poing au sommet, ses deux lobes supérieurs sont infiltrés de tubercules caséeux. On constate aussi une caverne au sommet du poumon gauche et une infiltration massive de tubercules. La plèvre droite contenait, en outre, un litre de liquide citrin.

Tuberculose latente et Cancer

Observation XXX (M. Boinet)

François B.., âgé de 65 ans, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de ma 1905. Il est dans un état de cachexie extrême, mais ne se plaint que d'une très grande faiblesse. Il s'essouffle facilement, ne peut accomplir aucun effort, et n'a plus d'appétit, s'alimente à peine, tousse et crache peu. A l'examen du poumon, on constate une simple submatité au sommet gauche, la respiration est très faible et l'on ne perçoit pas de râles. On examine cependant ses crachats à deux reprises, on n'y trouve pas de bacilles de Koch. On l'envoie alors à l'hôpital Salvator, espérant que l'air de la campagne aura sur lui une action stimulante. Il en revient épuisé, et meurt de cachexie quelques jours après.

Autopsie 3 juin 1905 [N° 528]. On constate à l'ouverture de

l'abdomen une masse néoplasique de 7 centimètres de largeur sur 11 de longueur et 3 d'épaisseur, entourant l'estomac et adhérant au rein gauche, à la rate et à la capsule surrénale. Le poumon droit est scléreux, sans tubercules. Le sommet du poumon gauche est creusé de 4 ou 5 cavernules de la grosseur d'une noisette, la base est simplement congestionnée.

Observation XXXI

Siffrein Joseph- F, âgé de 57 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un service de chirurgie avec des signes de rétrécissement de l'œsophage. Il est si faible et si amaigri et son affection a évolué si rapidement, que le diagnostic de néoplasie ne fait aucun doute ; il meurt quelques jours après son entrée, 15 mai 1905.

A l'autopsie [523] On remarque un cancer de l'œsophage, mais le poumon droit est creusé à sa partie moyenne, d'une vaste excavation de 8 centimètres sur 4 ; elle est entourée de tissu fibreux et d'emphysème.

Observation XXXII

Une femme âgée de 60 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un état de cachexie extrême, elle traîne depuis plusieurs années et les signes qu'elle porte ne laissent aucun doute sur la nature de son état : matité aux sommets, craquements humides après la toux. Après un court séjour dans le service, elle est prise d'une dyspnée très accusée, sa face et ses membres inférieurs s'œdématient ; elle meurt après une longue agonie.

Autopsie [515]. Poumon droit. Le sommet est congestionné et infiltré en masse de tubercules jeunes qui entourent des cavernules. Le poumon gauche présente des lésions analogues : tubercules miliaires et caséeux. Le cœur est petit, l'aorte est athéromateuse ; on remarque en outre, au-dessus du côlon transverse un abcès sous-diaphragmatique qui adhère au pylore, il correspond à un noyau cancéreux que l'on n'avait pas soupçonné pendant la vie.

Tuberculose latente chez des nerveux chroniques

Observation XXXIII (M. Boinet)

François G..., 64 ans, ancien charretier, alcoolique et artério-scléreux, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1905. C'est un vieil aortique, déjà traité dans plusieurs services et qui présente les signes typiques de ses lésions : éclat clangoreux du second bruit aortique, pouls dur et bondissant ; depuis un an, il est atteint, en outre, d'une hémiplégie du côté droit avec crises épileptiformes. Un mois à peine après son entrée dans le service, il est pris d'un accès convulsif et meurt sans avoir repris connaissance

A l'autopsie [531]. On constate, en outre de ses lésions cérébrale et aortique, de la congestion œdémateuse du poumon gauche, avec, au centre, plusieurs tubercules crétacés. Le poumon droit, à quatre lobes, n'a pas de traces de tubercules.

Observation XXXIV (M. Boinet)

H..., âgé de 56 ans, traité dans le service depuis plusieurs années, salle Ducros, 14, pour des accidents de syphilis cérébrale (hémiplégie à droite avec crises épileptiformes et aphasie. Mort dans le coma.

A l'autopsie [513]. On trouve des lésions de phtisie fibreuse. Au poumon droit, il existe en effet, entouré de tissu scléreux et d'emphysème, un amas de tubercules caséeux Le poumon gauche est congestionné et présente de nombreux tubercules au sommet.

Observation XXXV

Une femme âgée de 56 ans, atteinte de paraplégie flasque, avec diminution notable de la sensibilité, se cachectise et meurt après avoir présenté des escharres et des signes de ramollissement cérébral.

A l'autopsie. Le sommet de ses poumons est scléreux et infiltré de tubercules caséifiés. La muqueuse de l'intestin grêle est parsemée d'ulcérations tuberculeuses.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose pulmonaire est commune dans la vieillesse.

II. Sur 100 personnes qui meurent tuberculeuses, 11 ont plus de 55 ans.

Sur 100 tuberculeux traités dans les hôpitaux, 7 ont dépassé le même âge.

Sur 100 vieillards hospitalisés, il en meurt 4 de la tuberculose pulmonaire.

Ces chiffres, pris dans les statistiques officielles, prouvent qu'il meurt autant de bacillaires après 55 ans qu'entre 15 et 20 ans.

III. La tuberculose pulmonaire a pu être contractée dans la jeunesse et être restée latente, mais le vieillard se tuberculise aussi comme l'adulte.

IV. Les lésions tuberculeuses présentent chez le vieillard une évolution particulière : elles restent limitées, n'ont pas de tendances à la généralisation, s'accompagnent très fréquemment d'emphysème pulmonaire et revêtent le plus souvent la forme fibreuse.

V. Les principales formes cliniques sont : la phtisie fibreuse de Bard, la tuberculose ulcéreuse chronique, des formes catarrhales pleurétique, hémoptoïque et latente. Les formes aiguës existent aussi, elles présentent les mêmes variétés que chez l'adulte.

VI. Parmi ces formes, il en est dont le diagnostic s'impose; les autres échappent à l'observation, on ne les reconnaît qu'à l'autopsie.

VII. Les tuberculoses fibro-emphysémateuse et catarrhale surtout sont d'un diagnostic difficile, elles sont souvent méconnues. Bien des catarrheux sont des bacillaires.

VIII. Les tuberculeux méconnus étant dangereux pour leur entourage, les signes de la bacillose doivent être recherchés chez tous les emphysémateux. Il est prudent d'examiner à plusieurs reprises leur expectoration.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANDRAL. — Annotations à l'ouvrage de Laënnec. 1837.

— Clinique médicale, t. IV. Paris, 1840.

ARCHER. — The Dublin, Journ. of Med. sc. 1879.

ARLOING, BAYLE, DUMAREST. — Etude sur les rapports entre la séro-agglutination et la localisation anatomique et l'évolution de la tuberculose chez l'homme. Congrès de la tuberculose, 1905.

ASLANIAN. — De la Tub. pulm. accompagnée d'accès pseudo-asthmatiques. Th. Paris, 1883.

J. ARNAUD. — L'Isolement des Tuberculeux hospitalisés à Marseille. Marseille Méd., 15 juillet 1905.

AUCHIER. — Les Maladies de la vieillesse, d'après Hippocrate. Paris, 1804.

AUDOIN. — De la phtisie aiguë chez les vieillards. Th. Paris, 1879.

AYMARD. — De la curabilité de la tub. pulm. Th. Paris, 1893.

BABÈS. — Archives de Médecine expérimentale. Juillet 1893.

BALME. — Fréquence de la Tuberculose pulmonaire latente. Th. Lyon, 1905.

BARD. — De la phtisie fibreuse chronique. Ses rapports avec l'emphysème et la dilatation du cœur droit. Th. Lyon, 1879.

BARD, REVILLIOD, VERGELY. — Formes cliniques de la Tub. pulmonaire. Congrès de Montpellier, 1898.

BARIÉ. — Bul. Soc. anatomic. 1875.

— Recherches sur la Tuberculose pulmonaire sénile. Revue de Médecine, 1895.

BAROT. — Contribution à l'étude des sénilités locales. Th. Nancy, 1902.

BARTH. — Tuberculose chez une femme de 76 ans. Bull. Soc. Anat., 1849.

Baumgarten. — Uber latente tuberculosis. Clin. vortrage von Volkmann, 1894.

Bayle. — Recherches sur la phtisie. Paris, 1810

Bazin. — Leçons sur la scrofule. Paris, 1851.

Beau. — Etudes cliniques sur les maladies des vieillards. Journal de Beau....., etc..... 1843.

Bennett. — Phtisis coexist. with emphysema. — Transact pathol. soc. of London, 1859.

Béclère. — La tuberculose pulmonaire chez les emphysémateux et son diagnostic à l'aide des rayons de Rœntgen. Congrès de la Tuberculose, 1905.

Binse. — De la tuberculose pulmonaire tardive, etc. Paris. 1877.

Bernheim. — Cliniques médicales.

— Traité clinique et thérapeutique de la Tuberculose pulmonaire. 1902.

— Bulletin Médical. 29 août 1903.

— Tuberculose emphysémateuse. Rev. Méd. de l'Est, 1900.

Boinet. — Fréquence et dangers de la tuberculose pulmonaire sénile. Marseille Médical. 15 août 1905.

Bollinger. — Münch Medicin Wochenschrift. 1888.

Boucaud. — Observation de tuberculisation aiguë chez un vieillard. Gaz. Méd. Lyon, 1865.

Boude. — Essai sur la dyspnée dans la T. P. chronique. Th. Paris, 1882.

Boudet. — Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la T. P. Th. Paris, 1843.

Bouland. — Quelques signes de la T. P. fibreuse. Gaz. des Hôp. de Toulouse, 1894.

Boulatow. — Lésions des fibres élastiques des poumons dans la vieillesse. Saint-Pétersbourg, 1897.

Bourgeois. — Exode rural et Tuberculose. Th. Paris, 1905.

Boy-Teissier. — Leçons sur les maladies des vieillards. Paris, 1894.

Brault. — Contribution à l'étude des tuberculoses occultes. Th. Lyon, 1896.

Bricheteau. — Maladies chroniques de l'appareil respiratoire. 1851.

Brousse. — L'involution sénile. Th. d'agrégation. 1886.

Büchner. — Zum Verhaeltnisz von Emphysem und. Tub. der Lungen. Wurzb. Med. Ztschs, 1861.

Callier. — Alcool et tuberculose. Th. Paris, 1900.
Camberogue.— Introduction à l'étude des maladies de la vieillesse. Th. Montpellier, 1873.
Canstatt. — Die Krankheiten des hoheren alter. Erlangen, 1839
Chaix. — Les tuberculoses pulmonaires latentes. Th Paris, 1904.
Charcot. — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards. Paris, 1890.
Chénieux. — Th. Paris, 1873.
Cocatrice.— Tuberculisation aiguë des vieillards. Th. Paris, 1866.
Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique.
Compendium de Médecine, 1845.
Colquhoum.— Sénile phtisis. Austr. Med. Journ. Melbourne, 1888.
Corrigan. — Phtisis, emphysema. Proc. path. Soc. Dublin, 1849.
Courmont, Pic, etc. — Discussion sur le séro-diagnostic de la tuberculose. Soc. Méd. Hôp. Lyon, 15 décembre 1903.
Cruchet.— Cavernes pulmonaires bilatérales guéries. Emphysème. Journal de Méd. de Bordeaux, 21 janvier 1900.
Cruveilhier. — Anatomie et pathologie générales.
Damaschino. — Etiologie de la Tuberculose. Th. Agrégation, 1872.
Day. — A pratical treatase on deseases of avanced life, 1849.
Devereux. — Tuberculose sénile. Lancet, 1878.
Déjerine. — Recherche des bacilles dans la tuberculose calcifiée. Rev. Médecine, 1884.
Demange. — Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse. 1886.
Delearde. — Emphysème et tuberculose pulmonaire. Bull. Méd., 1903.
Duquet. — Tuberculose chez deux vieillards de 72 ans. Gaz. hôp., janvier 1885.
Dumoulin. — De quelques lésions tardives de la scrofule chez le vieillard. Paris, 1854.
Durand-Fardel. — Traité pratique des maladies des vieillards. 1854.
Etienne. — La tuberculose pulmonaire chez les vieillards. Rev. méd. de l'Est, 15 oct. 1905.
Ferrand. — Leçons sur les formes et le traitement de la phtisie. 1880.
Fischer. — Tractatus de senio. 1766.

Floyer. — Medicina geroconica. 1724.

Fodéré. — Essai sur la phtisie pulmonaire. 1784.

Fuller. — On diseas of the lung and air-passage. London, 1867.

Froment. — Le séro-diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez le vieillard, Soc. méd. des Hôp. de Lyon et Lyon Médical, 1903. — Congrès de la Tub., 1905.

Geist. — Klinik der Greisenkranknieiten. Erlanger, 1860.

Gendrin. — Influence des âges dans les maladies. Paris, 1840.

Gillette. — Article vieillesse, supplément du dictionnaire des dictionnaires de médecine. 1843.

Gilbert. — Tuberculose pulmonaire chronique chez le vieillard. Paris, 1885.

Gosset. — Tuberculisation générale aiguë chez l'adulte. Th. Paris, 1852.

Grancher. — Maladies de l'appareil respiratoire. Paris, 1890.

Grasset. — Leçons de clinique médicale. 1896.

Gueneau de Mussy. — Influence réciproque de l'asthme et de la tuberculose. Arch. méd., 1864.

— Clin. médicales, 1874. Gaz. heb. méd. et ch., 1871.

Hanot. — Article tuberculose du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

Haushalter. — Persistance de la virulence du bacille de Koch dans un tubercule crétacé. Rev. méd. de l'Est, 1891.

Herard et Cornil. — De la phtisie pulmonaire. Paris, 1867.

Heitler. — Ueber die diagn. der Miliartuberk bei subst lungenemphys. Wien. med. Woch, 1889.

Hirtz. — De l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux. Th., Paris, 1878.

Hourmann et Dechambre. — Recherches cliniques pouvant servir à l'histoire des maladies des vieillards. Arch. gén. de médecine, 1885.

Jardin. — Phtisie pulmonaire des vieillards. Th. Paris, 1871.

Laennec. — Traité de l'auscultation médiate. 1826.

Launois et Bourgeois. — Etude sur la mortalité par tuberculose à l'hôpital Tenon, de 1879 à 1903. Rev. Tuberculose, 1904.

Lambert. — Contribution à l'étude de la phtisie et de l'emphysème pulmonaire. Bull. Acad. de Belgique, 1875.

LEBERT. — Traité clinique et pratique de la phtisie pulmonaire et des maladies scrofuleuses dans les différents organes, 1849-1879.

LECORCHÉ et TALAMON. — Etudes médicales, 1881.

LIEBERMEISTER.— Ueber Lungen emphysem. Deutsche Med. Woch., 1891.

LUZZATO. — Infections mixtes dans la Tub. pulm. du vieillard. Centralblatt für bacteriologie, 1897.

LOUIS — Recherches anatomico-pathologiques sur la phtisie, 1825.

LONDE. — Bull. Soc. Anat., 1893.

MACLACHLAN. — A pratical treat on deseas and infirmit. of advanced life. London, 1863.

MAGENDIE. — Mémoire sur la structure du poumon chez l'homme. Journ. de physiol. expérimentale, 1821.

MAIRET. — Formes cliniques de la tuberculose miliaire des poumons. Th. Concours, 1878.

MARSH. — Senile Tuberculosis. The lancet, 1892.

MARFAN. — Traité de Médecine, Charcot-Bouchard. Paris, 1893.

MANFREDI. — Sur la mortalité par tuberculose et suivant les âges en Italie.

— Giorn. intern. d. Sc. med. Nov. 1893.

MAUCLAIRE. — Th. doctorat. Paris, 1893.

METTENHEIMER.—Beiträge fur lehre der Greisenkrankheiten. Leipzig, 1863.

MICHEL. — Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards. Th. Paris, 1894.

MILCENT. — Bull. Soc. Anat. Paris, 1842.

MONNIER. — Quelques types de tuberculose pulmonaire à évolution lente : les phtisiques gras, les tuberculeux emphysémateux adultes, les tuberculeux séniles. Gazette Médicale de Nantes, 1905.

MORAND. — Th. Paris, 1900-1901.

MORUCCI. — Th. Montpellier, 1902-1903.

MOUSSOUS. — De la mort chez les phtisiques.

MOURETON. — Etude sur la tuberculose des vieillards. Th. Paris, 1863.

OLLIVIER. — De l'hémoptysie dans la vieillesse. Th. Paris, 1878.

ORELLANA. — Th. Paris, 1880.

Pavillard. — Recherches sur la leucocytose dans la tuberculose pulmonaire. Th. Paris, 1900.

Parisot. — Revue médicale de l'Est, 15 janvier 1894.

Parisot et Spillmann. — Bacille de Koch dans la tuberculose sénile. Journal de médecine interne, 1897.

Piery et Mandoul — Variations numériques et morphologiques du bacille de Koch, etc. Arch. gén. de méd., 9 mai 1905.

Peter. — De la tuberculisation en général. Th Concours 1866.

— Cliniques médicales, 1879.

Pidoux — Etudes générales et pratiques sur la phtisie, 1874.

Potain. — Emphysème et tuberculose. Semaine Médicale, 1890.

— Des rapports de l'emphysème avec la tuberculose pulmonaire Sem. Méd., 1892.

— Tuberculose à paroxysmes chez les arthritiques. Journ. de méd. et ch. pr., 1893.

— Tuberculose chez le vieillard. Bull. méd., 1894.

— Tuberculose chez le vieillard. Rev. de thérap., 1893.

— Tuberculose chez le vieillard. Journ. de méd. et ch. pr., 1895.

Prus. — Recherches sur les maladies de la vieillesse. Mém. Acad. de méd., 1840.

Quesne. — Hémoptysies foudroyantes survenant chez des vieillards tuberculeux. Bull. Soc. anat., 1829.

Rancoule. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire avec l'arthritisme. Th. Montpellier, 1899.

Renaut. — Note sur la tuberculose en général et sur ses formes fibreuses pneumoniques en particulier. Lyon-Médical, 25 mars 1879.

Reveillé-Parise. — Considérations générales sur les maladies de la vieillesse. Bull. gén. thérap., 1851.

Rogée. — Essai sur la curabilité de la phtisie pulmonaire. Arch. gén. de méd., 1839.

E. Rollet. — Ueber bluthusten im Greisenalter. Wien. medicinische presse, 1875.

Ruelle. — Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards. Th. Paris, 1883.

Rueff. — De la tuberculose emphysémateuse. Nancy, 1903.

Sarda. — Trèves et guérison de la tuberculose pulmonaire chez les arthritiques. Rev. heb., 1894. — Tub. pulm. chez les arthritiques. Congrès de Montpellier, 1898.

Sarda et Vires. — Nouv. Montpellier Médical, 1893.
Sécretain. — Propositions et réflexions sur quelques maladies des vieillards. Th. Paris, 1827.
G. Sée. — Phtisie pulmonaire. 1884.
Schweisguth. — De l'emphysème chez les tuberculeux. Th. Paris, 1895.
Straus. — La tuberculose et son bacille. 1895.
— Article du traité de Brouardel et Gilbert.
Stoekes. — Pulmonary phtisis With Emph Dublin Quat, J. M. Sc. 1869.
Taylor. — A case of pulmon. phtisis with emphysema. Polyclin. 1900.
Thaon. — Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose. Th. Paris, 1873.
Thomas. — De l'hémoptysie dans la vieillesse. Th Paris, 1875.
Trousseau. — Cliniques médicales.
Villemin. — Etudes sur la tuberculose, 1868.
Vulpian et Cornil. — Tuberculisation aiguë chez les vieillards.
Widal. — Tuberculose locale chez les vieillards et hérédité tuberculeuse. IVe Congrès de la tuberculose, 1898.
Wilder. — Pulmonary tuberculosis in the aged. Colorado, N. J. Denver, 1904.
Weil. — De la Tuberculose chez le vieillard. Th. Nancy, 1881.
Weill. — Revue de Médecine, juin 1893.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 novembre 1905.
Le Recteur :
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 novembre 1905.
Le Doyen :
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Elle est blonde, pâle, peu développée, mal réglée ; tempérament lymphatico-nerveux. Elle est entrée à l'Hôtel-Dieu en septembre 1856, pour y être traitée d'une fièvre typhoïde qui dura environ deux mois, et à la suite de laquelle il survint une douleur à la hanche gauche, rendant la marche impossible et s'exaspérant au moindre mouvement imprimé au membre.

La malade passa alors dans le service de Ph. Boyer, salle Saint-Paul, n° 5.

Ce chirurgien diagnostiqua une coxalgie franche pour laquelle je fis appliquer des cautères et des vésicatoires volants, et prescrivis le repos absolu.

M. Verneuil, prenant le service après la mort de M. Ph. Boyer, et trouvant le traitement institué par ce chirurgien, adopta son diagnostic, tout en exprimant quelques doutes sur la véritable nature de l'affection, et appliqua la cautérisation transcurrente.

Les choses étaient toujours dans le même état au 1er juin 1858, lorsque M. Robert vint prendre possession du service qu'il était appelé à diriger à l'Hôtel Dieu. On constatait alors chez cette jeune fille l'état suivant : la malade est couchée sur le dos, la jambe fortement étendue et dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement ; le pied est dans la rotation en dedans ; rien à signaler du côté de la jambe. Si l'on communique le plus léger mouvement à la cuisse, la malade jette aussitôt des cris perçants et accuse de telles douleurs qu'il faut absolument cesser aussitôt tout examen.

Afin de soustraire la malade à la douleur et dans le but de compléter le diagnostic, M. Robert la soumet aux inhalations du chloroforme et procède à l'exploration des parties aussitôt que l'insensibilité et la résolution musculaire sont obtenus, double condition indispensable en pareil cas, la douleur provoquant la contraction spasmodique des muscles. Aussitôt la

jambe est fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin ; tous les mouvements dont la hanche est susceptible peuvent être accomplis librement et dans la même étendue qu'à l'état normal ; on n'y sent aucun frottement ; en un mot, l'articulation est saine et libre dans toutes ses parties.

Ce fait étant bien constaté, on supprime les inhalations anesthésiques et l'on continue l'examen des parties.

Le membre est étendu et la pointe du pied déviée en dedans ; on redresse facilement cette déviation, mais le membre y revient aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même.

Le bassin est relevé du côté malade, c'est-à-dire du côté gauche, et en même temps il est un peu rejeté en arrière.

Plaçant les deux membres inférieurs l'un contre l'autre dans l'extansion et dans la même position, on constate qu'il existe à gauche un raccourcissement considérable de 4 à 5 centimètres. Mais il faut tenir compte de l'élévation du bassin, qui a une grande part dans ce raccourcissement du membre, et l'on peut se convaincre par la mensuration que cette différence de longueur qui existe entre les deux membres, environ 2 centimètres, est réelle et résulte d'un arrêt de développement portant principalement sur le fémur. Il est facile de comprendre, en effet, que l'inaction totale dans laquelle la cuisse et la jambe gauches sont restées depuis plus de 18 mois, à l'époque où le développement de la femme se complète, a eu pour résultat d'arrêter, de diminuer la nutrition de ce membre.

L'articulation coxo-fémorale est saine, avons-nous dit. En est-il de même de l'articulation sacro-coxale ? On peut facilement s'en convaincre, ainsi que de l'intégrité de os du bassin.

Les mouvements communiqués aux membres sont très douloureux ; de même la pression sur la hanche, sur la cuisse, sur le bassin, provoque les cris de la malade qui se plaint beaucoup plus d'un simple pincement de la peau de ces

régions que si l'on pousse fortement le fémur de bas en haut contre la cavité cotyloïde.

En présence de ces symptômes, M. Robert rejette l'idée d'une coxarthroxace, à laquelle il substitue celle d'une coxalgie, c'est-à-dire d'une affection douloureuse de la hanche.

Mais de quelle nature est cette coxalgie? La malade est chloro-anémique ; de plus, elle a plusieurs fois, principalement à l'époque de ses règles, des attaques hystériques qui mettent facilement sur la voie du diagnostic. C'est une coxalgie hystérique, expression qui peut paraître singulière au premier abord, mais sur laquelle M. Robert insiste beaucoup afin de bien faire comprendre qu'il s'agit, dans ce cas, d'une affection douloureuse de la hanche, simulant une inflammation articulaire, de laquelle elle se rapproche d'ailleurs par quelques-uns de ses caractères et dépend nt d'une altération particulière de la constitution.

M. Robert institua son traitement : il prescrivit les ferrugineux associés au quinquina ; en outre, il ordonna des bains sulfureux à prendre tous les jours et suivis chaque fois du massage de la hanche ; tous les deux jours également, la malade recevait une douche froide de deux minutes.

Enfin, il exige que la malade, au lieu de rester couchée toute la journée, comme elle le fait depuis dix-huit mois, se lève et marche dans les salles en s'aidant de deux béquilles.

La jeune malade supporta très bien le traitement prescrit ; chaque jour elle se levait et s'appuyant sur ses béquilles, allait et venait dans les salles, d'abord avec une grande difficulté, puis graduellement avec plus d'aisance, bien qu'elle accusât une grande faiblesse dans le membre gauche.

Le 15 juin, même date, légère amélioration. On prescrit l'application de l'électricité sur le membre faible.

Le 20, la malade a eu une attaque de nerfs qui a duré près de vingt-quatre heures ; c'était le moment des règles.

Les jours suivants, elle recommence à se lever et à marcher dans les salles ; l'amélioration est telle, qu'à la date du 1er juillet, il n'est plus besoin que d'une seule béquille.

Le 25 juillet, on fait porter à la malade une bottine à talon avec laquelle elle marche sans béquilles, mais en boîtant encore un peu et en accusant toujours une certaine faiblesse dans la jambe gauche.

Sous l'influence du traitement que nous avons indiqué plus haut, les progrès de la malade continuent à se faire sentir graduellement ; en présence de cette amélioration constante, M. Robert juge convenable de ne rien changer à la médication qu'il a instituée.

Rien de particulier à noter jusqu'au 15 septembre. A cette époque, la malade éprouve une vive contrariété qui, dans la même journée, est suivie d'une attaque hystériforme ; toutefois, celle-ci est beaucoup plus légère et beaucoup plus courte que les précédentes attaques.

Le 1er octobre, la malade, qui continue à marcher avec sa bottine et qui peut déjà rendre quelques services dans les salles, se plaint d'éprouver un peu de douleur dans le pied gauche : deux ou trois onctions de laudanum suffisent pour calmer la douleur. M. Robert prescrit l'application d'un appareil plâtré, dans le but de soutenir le pied dans ses efforts.

Le 6, la malade est beaucoup mieux ; elle songe à quitter l'hôpital. M. Robert ne juge pas à propos de s'opposer à sa sortie. On constate l'état suivant : La malade a pris un certain embonpoint ; elle est moins pâle qu'autrefois ; elle a pris des forces. Depuis plus de trois semaines, elle n'a eu aucune attaque d'hystérie.

Le membre inférieur gauche a acquis un volume plus en rapport avec le reste du corps ; il offre cependant encore un raccourcissement réel d'environ 1 centimètre. Le bassin a repris sa position normale, le pied est encore, mais très légèrement,

dévié en dedans. La malade n'accuse plus aucune douleur, elle marche assez librement, quoique boîtant encore un peu.

Elle quitte l'Hôtel Dieu le lendemain 7 octobre. Plus de six mois après, 25 avril 1859, Élisa I... vient se présenter à M. Robert. Il s'est opéré en elle un changement considérable : sa santé s'est beaucoup améliorée ; elle n'a pas eu de nouvelle attaque depuis environ trois semaines elle a quitté son soulier à talon et marche facilement sans boîter.

Observation II

C'est l'observation si intéressante que M. Charcot analysa de main de maître dans ses Leçons sur les maladies du Système Nerveux.

C'est un homme de 45 ans, nommé Ch..., père de 7 enfants, qui ne présente pas d'antécédents morbides, soit héréditaires, soit personnels, dignes d'être notés. Il a servi comme zouave pendant 7 ans, et n'a jamais été malade pendant ce temps-là ; il n'a notamment jamais éprouvé, à aucune époque de sa vie, des crises nerveuses, ni de manifestations rhumatismales. Il exerce le métier de scieur de long et travaille à la machine, dite scie droite, au service de l'une de nos grandes compagnies de chemin de fer. Le 13 mai 1883, il a été victime d'un accident : la bielle de la machine à vapeur située au-dessous de l'endroit où il travaillait, a violemment heurté le plancher sous ses pieds, et il a été projeté en l'air, à une hauteur de 2 ou 3 mètres, assure-t-il. Il ne perdit pas connaissance, mais ressentit immédiatement une douleur vive, accompagnée d'engourdissement du membre ; celui-ci

lui semblait, dit-il, à la fois *douloureux* et *absent*. Il put faire quelques pas cependant ; on le transporta chez lui ; il resta deux mois au lit, ayant, dit-il, dans les premiers temps, le membre gonflé ; au bout de cette période, il commença à marcher avec des béquilles, puis il ne se servit plus que d'une canne ; il y a plus d'un an que son état est demeuré ce que vous le voyez aujourd'hui.

Si nous examinons le malade, d'abord *couché*, voici ce que nous constatons :

Il existe, ainsi que vous le reconnaissez, un raccourcissement notable du membre inférieur gauche, tout à fait analogue à celui qui s'observe dans la coxalgie organique à la troisième période. La jointure est immobile, la cuisse soudée au bassin dans une position à peu près immuable. Le malade accuse une douleur spontanée au niveau de l'aine, de la hanche et du genou ; cette douleur s'exagère quand on exerce une pression sur ces régions, quand on imprime des mouvements au membre, quand on percute le grand trochanter ou le talon. De plus, veuillez le remarquer, le membre gauche tout entier, cuisse et jambe, est un peu moins volumineux que le droit ; sa circonférence est moindre d'un centimètre environ.

Maintenant, le malade étant debout, si nous le regardons par devant, nous voyons qu'il se tient penché sur le côté sain, tenant sa canne de la main droite ; le pied gauche ne repose pas sur le sol ou n'y repose que très légèrement par la pointe ; la jambe gauche est en extension et portée un peu en avant de la droite. C'est bien là, me disait l'autre jour mon collègue et ami le professeur Lannelongue auquel je présentais une bonne photographie du malade, vu debout, l'attitude et la tenue des coxalgiques qui sont capables de se tenir debout.

Si maintenant nous examinons le malade par derrière,

nous remarquons tout d'abord le contraste qui, chez lui, existe entre les deux fesses : la droite est globuleuse et présente la fossette rétro-trochanterienne résultant de la contraction du grand fessier; la gauche, au contraire, paraît plus large, aplatie, flasque ; ces caractères se retrouvent dans la coxalgie organique où ils ont été relevés par quelques auteurs comme présentant une certaine importance clinique.

En réalité, ce contraste entre les deux fesses dépend uniquement de l'attitude du sujet. Nous nous en sommes assurés en faisant placer à côté de notre homme un individu sain, habitué à poser pour les peintres et auquel on avait commandé de contrefaire autant que possible, après l'avoir bien étudiée, l'attitude du malade. Les résultats de cette étude comparative sont parfaitement saisissables sur le dessin que je place sous vos yeux et qui a été fait d'après une photographie.

Notons que le pli fessier est plus élevé et plus large à gauche qu'à droite et que ce dernier est double, tandis que le premier est unique.

Le pli interfessier est incliné de bas en haut, de gauche à droite, du côté malade vers le côté sain ; il existe enfin une courbure assez accentuée du rachis présentant sa concavité tournée vers la gauche ; ces diverses déformations tiennent, elles aussi, d'une façon évidente, uniquement de la position anormale dans laquelle est maintenu le bassin, et surtout de son élévation du côté malade. Je vous ferai remarquer en dernier lieu que c'est dans la position debout que l'inégalité de volume des deux cuisses et des deux jambes est le mieux perceptible.

Pour ce qui est de la démarche claudicante de notre malade, il n'est sans doute pas nécessaire d'y insister ; vous reconnaîtrez qu'elle ne diffère pas essentiellement de celle

que présentent les individus atteints de coxalgie organique de date ancienne.

En résumé, vous le voyez Messieurs, nous ne trouvons dans ce premier examen rien qui soit contraire à l'idée d'une affection articulaire avec lésions plus ou moins étendues et plus ou moins profondes, s'étant terminée sans abcès, par une ankylose de la jointure.

Y a-t-il vraiment une ankylose ? L'exploration à l'aide du chloroforme permettrait, à l'époque où nous en sommes parvenus — c'est-à-dire près de 3 ans après le début de l'affection — de répondre à cette question d'une façon catégorique.

Observation III

(M. le docteur Glorieux, à Bruxelles, sur un cas de coxalgie hystérique)

Il nous semble plus intéressant d'insérer ici le rapport de la Commission chargée par l'Académie Royale de Médecine de Belgique d'examiner le travail de M. Glorieux, par les conclusions auxquelles elle arrive.

L'observation soumise a l'appréciation de l'Académie a été recueillie avec le plus grand soin par l'auteur.

L..., soldat, atteint de coxalgie, est âgé de 24 ans ; il est artilleur ; sa constitution est solide.

Dans un avant-propos, M. Glorieux rappelle que les cas d'hystérie sont loin d'être rares chez l'homme. La coxalgie hystérique, même chez la femme, est la moins commune des manifestations hystériques. A la connaissance de l'auteur, il n'existe dans la science qu'un seul cas de coxalgie hystérique chez l'homme : c'est celui qui a été signalé par

Charcot, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux (1).

Après ce préambule, M. Glorieux énumère d'après Charcot, les symptômes de cette affection et signale les difficultés du diagnostic différentiel entre la coxalgie organique et la coxalgie hystérique.

L'auteur aborde ensuite l'histoire du malade. Celui-ci est souffrant depuis le 6 août 1886.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel, ils sont excellents de tous points ; du côté maternel, rien à noter, si ce n'est que le grand-père était un alcoolique. Le malade a deux frères et quatre sœurs, tous bien portants. Une de ses sœurs a présenté des convulsions dans l'enfance. En résumé, absence de toute tare névropathique dans la famille.

Quant au sujet de l'observation, il n'a jamais été malade ; il est d'un caractère tranquille, doux, il est laborieux et honnête. Au mois d'août 1886, il fut envoyé à l'hopital de Mons, pour une otite à droite. On diagnostiqua une inflammation catarrhale du conduit auditif externe, accompagnée de surdité complète avec douleurs hémicraniennes vives.

Après un séjour de trois semaines au lit, le malade, en se levant, remarqua que ses jambes, spécialement la gauche, fléchissaient sous le poid du corps ; il n'éprouvait pas de douleurs vives en marchant, mais plutôt une espèce d'engourdissement douloureux. Tous ces symptômes disparurent en peu de jours dans le membre inférieur droit et allèrent, au contraire, en s'aggravant dans le membre inférieur gauche. Le malade traînait ce membre au point qu'il dût recourir à l'appui d'un bâton. Il se plaignait de tiraillements

---

(1) Tome III, 1887.

douloureux vers la hanche, qui s'étendaient au genou et au pied. Il fut soumis au traitement de la névralgie sciatique, diagnostic, dit l'auteur, que confirmait la diminution de la sensibilité, l'abaissement de la température et l'atrophie graduellement croissante du membre. Pendant plusieurs semaines, le malade s'est plaint de douleurs rachialgiques, particulièrement vives à la pression des vertèbres lombaires.

Le traitement, bien qu'énergique, n'amena aucune amélioration. Ce soldat fut renvoyé en congé dans sa famille pendant 4 mois ; il revint à l'hôpital le 9 octobre dernier.

Etat du malade à sa rentrée. — Nutrition convenable, anémie peu prononcée. Il continue à éprouver un tiraillement douloureux qui part de la hanche et s'étend à tout le membre gauche, particulièrement au genou et au pied. Le patient se tient couché sur le côté sain. Le membre inférieur malade, légèrement fléchi sur le bassin, est en rotation complète en dedans, au point que le bord interne du pied en extension repose sur le matelas. Il y a un raccourcissement de 5 centimètres, raccourcissement dû à l'élévation et à la torsion du bassin. Le membre est raide dans toutes les articulations ; on sent que tous les muscles sont fortement contracturés. Les mouvements volontaires sont presque entièrement abolis, à part quelques légers mouvements dans les orteils et un faible mouvement d'abduction du pied. Une légère flexion de la cuisse sur le bassin paraît possible ; mais ce mouvement apparent ne se passe pas dans l'articulation coxo-fémorale, la cuisse étant soudée au bassin dans une position à peu près immuable. Tous ces mouvements sont douloureux et occasionnent un tremblement de tout le membre. Les mouvements forcés sont complètement impossibles dans les articulations de la hanche, du genou et du cou-de-pied. La moindre tentative provoque un tressaillement dou-

loureux, et tout le membre est agité d'une espèce de trépidation épileptoïde. La percussion du grand trochanter et du talon est peu douloureuse.

L'auteur décrit ensuite l'attitude du malade lorsqu'il est debout ; il joint à son travail deux images photographiques représentant le sujet debout, en avant et en arrière. Il décrit ensuite la marche du patient qui ne peut plus se faire sans l'appui d'un bâton.

Il y a, dans le membre malade, une perte complète de la sensibilité à la douleur, au contact et à la température, ainsi qu'abolition du sens musculaire. La température de ce membre est de 0,5 à 0,8 degrés inférieure à celle du côté opposé. S'il y a un peu d'atrophie, elle est si peu marquée qu'on ne peut guère la constater par la mensuration,

L'auteur a recherché s'il n'existait pas chez ce malade ce que Charcot appelle des stigmates hystériques. Voici le résultat de ses recherches :

Sensibilité. — Il y a une diminution de la sensibilité à la douleur sur toute la surface cutanée ; les piqûres, à l'aide d'une épingle, sont perçues mais ne font pas mal.

Réflexes. — Le réflexe pharyngien existe ; les réflexes cutanés sont abolis, les réflexes tendineux normaux.

Organes génitaux. — La pression des testicules n'est pas douloureuse, contrairement à ce que l'on observe généralement chez les hystériques mâles.

Organes des sens. — L'ouïe et l'odorat sont normaux. Quant au goût, le malade confond, à gauche, les saveurs sucrée et salée. En ce qui concerne la vue, il y a des deux côtés un rétrécissement concentrique du champ visuel et un

certain degré de dyschromatopsie. Le cercle concentrique du bleu s'est rétréci plus que celui du rouge, et est passé en dedans de ce dernier, phénomène tout à fait caractéristique du champ visuel des hystériques, d'après l'auteur. Un autre stigmate d'hystérie existe chez le malade, c'est la contraction des muscles provoquée par l'application circulaire de quelques tours de bande d'Esmark. L'auteur a vainement cherché un point hystérogène.

Pour juger de l'état de l'articulation de la hanche, l'auteur l'a examinée alors que le sujet était soumis à l'action du chloroforme. Il a pu imprimer à l'articulation coxo-fémorale tous les mouvements dont elle est susceptible, sans provoquer de craquements. Il n'existe donc pas chez le sujet d'altération organique appréciable de l'article.

Vient ensuite la discussion du diagnostic, qui ne paraît pas douteux à l'auteur. Nous citons textuellement :

« Nous trouvons, en effet, chez notre malade, l'ensemble des symptômes qui caractérisent la coxalgie ; la douleur de la hanche avec irradiation dans le genou ; la gène des mouvements, allant jusqu'à l'impuissance complète du membre, et, enfin, l'attitude si caractéristique dont les photographies ci-jointes sont destinées à donner une idée.

« L'attitude du malade est bien celle des coxalgiques arrivés à la troisième période de la maladie.

« Le défaut de lésions matérielles appréciables dans l'articulation, l'absence de fièvre et de trouble dans la nutrition, l'intégrité des fonctions digestives, la rigidité du membre, s'étendent non seulement à la hanche, mais au genou et au cou-de-pied, les modifications profondes de la sensibilité et l'abaissement de la température : tout cela nous autorise à écarter le diagnostic de coxalgie organique, pour nous arrêter à celui de coxalgie hystérique. »

L'auteur reconnaît qu'il manque au tableau un caractère très important qu'on retrouve dans les affections hystériques des jointures, c'est l'hypéresthésie de la peau au voisinage de la hanche. M. Charcot y attache tant d'importance qu'il propose de désigner ce symptôme sous le nom de *signe de Brodie*, nom du chirurgien qui, le premier, a reconnu son importance pour caractériser les arthralgies de nature hystérique. Chez le malade dont il est ici question, l'hyperesthésie fait complètement défaut ; elle est remplacée par une anesthésie complète.

L'auteur s'attache ensuite à établir qu'il ne peut être question ici de sciatique ; ce en quoi nous partageons entièrement son opinion.

Il poursuit ainsi : « Nous ne nous arrêterons pas longuement à soulever des difficultés imaginaires de diagnostic, en agitant la question de savoir si l'affection du membre gauche ne peut être due à une lésion localisée dans le cerveau ou dans la moelle. Le retour momentané de la sensibilité après la chloroformisation, la disparition de l'état de contraction pendant le sommeil naturel, avec la possibilité d'exécuter des mouvements automatiques et réflexes, l'absence d'atrophie musculaire et l'état des réflexes, tout cela plaide énergiquement contre l'hypothèse d'une affection organique d'origine cérébro-spinale. Ce n'est donc plus une hémiplégie de nature médullaire ; car, dans ce cas, la paralysie et l'anesthésie devraient être croisées. »

Nous avons tenu à reproduire textuellement cette partie du travail relative au diagnostic différentiel entre la coxalgie hystérique et une lésion matérielle des centres nerveux.

Le mémoire ayant été renvoyé à l'auteur, celui a donné de plus grands développements à son travail sur ce point im-

portant. Mettant à profit une leçon de M. Charcot sur ce sujet, publiée récemment dans la plupart des journaux, l'auteur a complété son œuvre sur ce point ; il s'exprime ainsi :

« Une lésion destructive que nous supposerions gratuitement localisée au niveau de la partie postérieure de la capsule interne avec dégénérescence secondaire descendante des faisceaux nerveaux du côté de la moelle, pourrait à la rigueur donner lieu à une paralysie du membre inférieur, se manifestant par de la contraction. Mais, une pareille monoplégie, strictement limitée au membre inférieur gauche, telle que nous l'observons ici, est un fait presque inouï dans l'histoire des lésions de la capsule interne. »

L'auteur oublie que cet argument peut être retourné avec bien plus de force encore contre son diagnostic, puisqu'il n'existe jusqu'ici qu'une seule observation de coxalgie hystérique chez l'homme, et que, dans celle-ci, les symptômes étaient entièrement différents.

Il continue ainsi : « C'est donc ailleurs, dans l'écorce cérébrale particulièrement, qu'il faudrait chercher la lésion organique ; mais alors il n'y aurait que peu ou point d'altération de la sensibilité. » Pourquoi ? c'est ce qui arriverait, en effet, dans le cas d'une sclérose en plaque diffuse, en la supposant particulièrement fixée sur le cortex de l'hémisphère cérébral droit et sur quelques points épars de la moelle épinière. Cette affection débute par de la céphalgie, des douleurs vives en divers points du corps. Surviennent ensuite l'affaiblissement de la sensibilité et de la motilité dans un des membres inférieurs ou dans tous les deux, puis des crampes, des tiraillements douloureux, et, enfin, de la contracture (1).

---

(1) E. Rosenthal. *Traité des maladies du système nerveux.*

Quand aux troubles des sens signalés chez le malade de M. Glorieux, ils ont été relevés dans la sclérose par Hirsch, Liouville, Charcot, etc. Lorsque la sclérose est peu considérable, la contractilité électrique des muscles est peu diminuée.

C'est donc à une lésion de la partie postérieure de la capsule interne ou à une sclérose en plaques diffuses qu'il faudrait rattacher les symptômes observés chez ce malade. Il nous paraîtrait un peu prétentieux, dans l'état imparfait où se trouve encore la connaissance des localisations cérébrales, de vouloir porter ici un diagnostic pécis. Vu la fixité des symptômes dans le membre inférieur gauche, nous serions plus disposé à diagnostiquer un lésion de la capsule interne. Mais il ne peut, en aucun cas, selon nous, être question ici de coxalgie hystérique. En effet, si nous reprenons l'histoire du malade, nous voyons que l'affection a débuté, en août 1886, par une otite catarrhale avec surdité complète, accompagnée de douleurs hémicraniennes vives à droite. Cette affection a nécessité le séjour au lit pendant trois semaines, ce qui n'est guère le fait d'une otite catarrhale simple. Cette otite n'aurait-elle pas été accompagnée d'une encéphalite partielle de l'hémisphère droit ? Cela nous paraît vraisemblable.

Toujours est-il que, lorsque le malade voulut sortir du lit, il s'aperçut d'une faiblesse très marquée des jambes, et particulièrement de la jambe gauche, qui fléchissait sous le poids du corps. Tel n'est pas le début de la coxalgie hystérique qui, invariablement, survient à la suite d'un choc moral et beaucoup plus souvent à la suite d'un traumatisme de la hanche, comme cela est arrivé dans l'observation de Charcot. En outre, la coxalgie ne survient pas lentement, mais d'une manière brusque. Notons dans le même ordre de faits, la paralysie du membre inférieur gauche, la paralysie du sens du

goût dans la moitié latérale gauche de la langue. Voilà pour le mode de début.

Au point de vue symptomatique, la première remarque que nous avons à faire, c'est que la coxalgie hystérique s'accompagne invariablement de l'hyperesthésie de la peau de la cuisse, de la fesse et de la paroi abdominale du côté malade. Cette hyperesthésie cutanée accompagne toutes les arthralgies de nature hystérique, ainsi que l'a signalé, le premier, Brodie. Ce symptôme qui ne manque jamais, est le signe pathognomioniques des arthralgies de cette nature. Aussi Charcot le désigne-t-il sous le nom de signe de Brodie. Il fait défaut ici et est remplacé par une anesthésie complète. Cela suffirait pour faire rejeter le diagnostic de coxalgie hystérique.

L'auteur a beau dire que, souvent, dans l'hystérie, l'hyperesthésie est remplacée par de l'anesthésie et vice versa, que c'est là un symptôme variable dans son siège. Cela est vrai pour l'hyperesthesie et l'anestésie ordinaires des hystériques, qui sont effet essentiellement mobiles, mais cela est radicalement faux en ce qui concerne l'hyperesthésie cutanée dans le voisinage des arthralgies hystériques. Au surplus, il ne s'agit pas ici d'une anesthésie mobile, mais d'une anesthésie qui est et qui restera permanente, parce qu'elle reconnaît une autre cause que l'hystérie.

En outre il n'y a jamais eu d'accès d'hystérie chez ce malade ; il ne présente pas, comme le malade de Charcot, des points ou des zones hystérogènes ; l'anesthésie pharingée fait défaut. En un mot il y a absence complète des phénomènes les plus ordinaires de l'hystérie.

L'auteur a bien trouvé, chez son malade, ce que Charcot désigne sous le nom de stigmates hystériques, tels que les rétrécissements concentriques du champ visuel, la diathèse de contracture. Mais il est aujourd'hui reconnu que l'on rencontre fréquemment ces symptômes dans tous les états

nerveux, et spécialement dans la neurasthénie. On doit les rencontrer plus fréquemment encore dans les lésions matérielles du cerveau.

Le malade n'est donc pas hystérique ; l'auteur a prouvé qu'il n'y avait pas de coxalgie proprement dite. On se demande après cela comment il peut arriver à désigner cet état morbide sous le nom de coxalgie hystérique.

Ainsi donc, l'étiologie, le mode de début, la sémiologie, tout s'accorde à faire rejeter le diagnostic de coxalgie hystérique et à faire considérer cette affection comme due à une lésion grave de l'hémisphère cérébral droit.

Observation IV

SUR UN CAS DE COXALGIE HYSTÉRIQUE

Par M. le docteur Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux

Au mois d'août 1898, entrait dans le service des maladies nerveuses de l'Antiquaille, une femme âgée de 20 ans. Elle était évacuée de la clinique des maladies cutanées où elle était entrée, quelques jours auparavant, couverte de contusions et d'ecchymoses ; elle racontait qu'en voulant séparer des vaches qui se battaient, elle avait reçu un coup de corne et avait été piétinée ; mais plusieurs de ces ecchymoses provenaient sûrement d'une grande crise hystérique qu'elle avait présentée au Bureau des Entrées en attendant son tour d'être admise.

C'était en effet une hystérique à crises rapprochées et très violentes. La particularité intéressante de son cas était qu'elle présentait une coxalgie gauche. Celle-ci offrait au premier abord les caractères de la coxalgie organique : immobilisation

complète de l'articulation, raccourcissement de cinq ou six centimètres, adduction avec rotation en dedans, atrophie de la cuisse très apparente à la vue et égale au moins à deux centimètres. La malade ne restait pas au lit, mais allait toute la journée dans la salle en se tenant aux lits, sautillant sur la jambe droite et tenant la jambe gauche un peu fléchie. Lorsqu'elle prenait des crises, ce qui lui arriva plusieurs fois devant moi, la hanche restait en contracture et le membre inférieur gauche ne prenait aucune part aux mouvements ; il était impossible de faire mouvoir passivement l'articulation.

L'histoire de la malade semblait confirmer l'idée d'une lésion organique chez une hystérique. Voici, en effet, ce qu'elle racontait :

Rien du côté des parents. Un frère âgé de 24 ans, est de constitution assez faible et a des crises de vomissements. Une sœur morte à 17 ans, trois semaines après une chûte avec une perte de connaissance de trois heures ; elle toussait.

La malade a toujours toussé par intervalles depuis l'âge de 8 ans. Elle aurait eu, vers 15 ans, des douleurs rhumatismales, surtout dans le membre inférieur gauche, ce qu'elle attribue à l'humidité du moulinage où elle travaillait.

Dès l'âge de 15 ans, elle a des rapports sexuels, et depuis lors mène une conduite des plus irrégulières. Réglée seulement à 17 ans, elle prend à cette époque ses premières crises parce que, dit-elle, elle était maltraitée par sa belle-mère ; elle a aussi des crises fréquentes de vomissements.

Peu après, elle fait plusieurs séjours aux Chazeaux pour une salpingite gauche, qui fut traitée seulement par des vésicatoires, et entre à la clinique pour une cystite avec hématuries. D'après elle, cette cystite fut considérée comme tuberculeuse et on lui fit une cystostomie sus-pubienne qui a laissé une large cicatrice.

A peine guérie elle devient enceinte, ses vomissements la reprennent et elle a des hémoptysies ; on lui dit qu'elle a quelque chose au sommet droit sur lequel on fait de la révulsion. Le 17 novembre 1897, à la Charité, elle accouche d'un enfant bien portant qu'elle a complètement abandonné.

Elle fit alors un séjour de deux mois dans le service de gynécologie de la clinique, en raison de violentes douleurs au niveau de son ovaire gauche, d'un réveil de son ancienne salpingite, dit-elle, puisqu'on lui proposa de lui faire une ovariotomie. Brusquement, elle prit un jour des douleurs rhumatismales dans le cou-de-pied et le genou gauches, comme celles qu'elle avait eues à quinze ans.

De la clinique de la Charité, elle fut alors évacuée sur un service de médecine de l'Hôtel Dieu où elle ne fit qu'un court séjour, car on y fit aussitôt le diagnostic de coxalgie tuberculeuse, ce qui amena son transfert dans un service de chirurgie. Là, elle fut traitée par l'extension continue, puis mise dans un silicate qu'elle garda trois mois. Il semble qu'elle soit restée assez longtemps à ce moment sans prendre de crises, mais elle toussait toujours, avait de la dyspnée et des troubles gastriques.

Elle va ensuite à Saint-Chamond où on lui applique des vésicatoires sur la fosse iliaque gauche et des pointes de feu sur la hanche. Le médecin qui la traite fait même des tentatives hypnotiques. Ayant les mêmes douleurs de la hanche, boitillant toujours de la jambe gauche, elle revient à Lyon, se place dans la banlieue et a l'accident qui la fait entrer à nouveau à l'Antiquaille.

Donc, antécédents de tuberculose possibles chez une sœur, toux datant de la seconde enfance et s'étant accompagnée de vomissements et d'hémoptisies répétées, cystite qualifiée de tuberculeuse et opérée, traitement de la hanche dirigé par plusieurs confrères dans le sens d'une lésion organique, il

était bien permis de penser qu'il s'agissait d'une coxalgie tuberculeuse chez une hystérique.

Et cependant, il me restait des doutes. D'abord la cystite tuberculeuse était radicalement guérie et il n'y avait dans l'urine ni pus, ni albumine. En second lieu, on ne trouvait rien aux sommets, ce qui était surprenant pour une affection d'aussi longue durée. Enfin, du côté de la hanche, il y avait des stigmates hystériques évidents. Outre le raccourcissement purement apparent, il y avait une hyperalgie nette et classique de la peau, telle que Brodie et Charcot nous l'ont bien fait connaître, limitée à la partie supérieure de la cuisse, à la moitié inférieure de l'abdomen et à la fesse ; les muscles eux-mêmes étaient très sensibles et leur pincement ou celui de la peau paraissait plus douloureux que les chocs sur le grand trochanter.

Le 22 octobre, je me décidai à endormir la malade au chloroforme pour me livrer à un examen plus approfondi de la hanche. Très rapidement la contracture cède ; tous les mouvements, même les plus forcés, sont faciles, aucun craquement, articulation parfaitement libre. Je fis reporter la malade dans sa salle avant qu'elle fût réveillée, et comme moyen de suggestion, j'appelai plusieurs malades auprès du lit et leur fis voir que les mouvements les plus étendus se faisaient facilement, comptant bien qu'elles le rediraient à ma pseudo-coxalgique. Lorsque celle-ci se réveilla, elle fut très surexcitée, déchira son lit, demanda à partir, etc.

Mais lorsque je la revis le lendemain matin, elle n'avait plus sa coxalgie : elle traînait son membre inférieur derrière elle comme le font classiquement les hystériques atteintes de monoplégie. Elle me fit une sorte de scène lorsque je lui affirmai à nouveau qu'elle était guérie, me disant que je ne connaissais rien à sa maladie et que la preuve de la nature tuberculeuse de sa coxalgie, le chirurgien l'avait dit devant

elle à son service, était l'atrophie de la cuisse. Puis elle prit une crise très violente pour laquelle on lui passa la camisole. Le lendemain, la paralysie du membre inférieur gauche avait disparu ; il n'y avait plus d'hyperesthésie au niveau de la hanche, mais seulement de l'ovarie et l'hémianesthésie gauche. De ce moment, la malade était si bien guérie que, huit jours après, une brosse au pied, elle frottait la salle.

Elle n'a même plus repris qu'une grande crise hystérique après une séance de radiographie ; pendant quelques jours elle s'est plaint de maux d'estomac et a refusé de manger ; mais la menace de la camisole et de l'alimentation forcée a coupé court à cette nouvelle tentative de localisation hystérique.

Sauf une petite toux sèche et quinteuse, que l'auscultation du poumon ne justifie pas, elle est complètement guérie.

Observation V

Rédigée d'après les notes de M. le docteur Gaussel

L'observation relative à cette malade a été envoyée à la *Gazette des Hôpitaux*; mais elle n'a pas encore paru.

M. le professeur Grasset nous a fait d'intéressantes leçons cliniques à son propos, sur la *Coxalgie hystérique* et la coxalgie chez une hystérique.

D... M..., âgée de 22 ans, mariée, menagère, habitant Mèze, est entrée à l'hôpital le 23 avril 1905, pour des douleurs et impotence de la jambe gauche : elle occupe le lit n° 24 de la salle Esperonnier, du service du professeur Grasset.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien de bien spécial : à l'âge de 6 ans, elle a fait une maladie aiguë qui aurait duré 6 mois et sur laquelle elle ne peut donner des renseignements précis. Réglée à 16 ans, elle s'est mariée à 19 ; et actuellement, elle a deux enfants âgés, le premier, de 32 mois, le second, de 8 mois, tous les deux bien portants.

Elle a nourri l'aîné et a commencé à nourrir le cadet pendant quatre mois, jusqu'au commencement de la maladie actuelle.

Il ne paraît pas y avoir eu des crises nerveuses avant la maladie actuelle ; mais elle reconnaît qu'elle était facilement impressionnable, pleurait ou était contrariée facilement.

Vers le 12 janvier 1905, reste alitée et on la traite pour l'influenza pendant 1 mois 1/2 environ.

Pendant la convalescence (n'étant pas encore sortie), elle subit une violente émotion provoquée par une scène de famille ; immédiatement, elle est prise d'une crise de délire avec agitation violente ; plusieurs personnes devaient rester auprès d'elle pour la maintenir.

Cet état (agitation, perte de connaissance et délire) dure pendant 8 jours ; quand elle revient à elle, ne se souvient pas de tout ce qui s'est passé pendant cette semaine.

A ce moment, après avoir repris connaissance, perd brusquement la vue.

Cette amaurose complète et bilatérale dure 24 heures (sans cause occasionnelle connue).

Peu de temps après, elle présente subitement aussi un mutisme involontaire complet ; la malade voulait parler, mais elle ne pouvait pas. Cette anarthrie dura toute une journée.

Tout semble rentrer dans l'ordre, cependant elle garde encore le lit 3 ou 4 jours avec quelques douleurs dans le bras gauche et dans la jambe droite. Mais quand elle com-

mence à se lever, les douleurs de la jambe et du bras disparaissent.

Mais, progressivement, la jambe devient lourde, douloureuse. La malade ne peut s'en servir et la traîne difficilement en marchant...

A l'hôpital, les crises nerveuses se répètent plusieurs fois dans la journée, sans perte de connaissance, caractérisées par des tremblements des mains et des lèvres, battements de paupières, avec sensation très nette de boule à la gorge. Hypoesthésie très marquée de tout le côté gauche, même au niveau du membre douloureux : on peut traverser la peau avec une épingle sans qu'elle manifeste aucune douleur. A droite, elle sent très bien.

Elle a deux zones hystérogènes : la pression sur la région ovarienne gauche et sous le sein détermine la sensation de boule et provoque aussi une petite crise. L'anesthésie cornéenne et pharyngienne sont complètes.

Debout, elle se tient sur ses jambes sans s'appuyer nulle part ; mais elle a besoin d'une canne pour marcher ; quand elle marche, on observe qu'elle appuie avec précaution son pied gauche sur le sol et déclare que le contact du talon avec le sol est douloureux. Elle avance avec précaution, déplaçant assez facilement la jambe droite, mais traînant la gauche qui racle le sol. Pendant la marche, elle souffre de la hanche.

La malade au lit est couchée sur le dos, il est facile de constater qu'il n'y a pas de raccourcissement, même apparent du membre inférieur gauche (1). Pas d'attitude vicieuse de ce membre au repos. — Pas d'ensellure lombaire.

---

(1) Nous avons examiné cette malade à nouveau le samedi 22 juillet, et il y avait un raccourcissement apparent de trois centimètres. Nous avons observé qu'elle souffre beaucoup plus par les mouvements de flexion que par ceux d'abduction. Elle éprouve aussi une douleur à la hanche gauche, si on lui pince la peau du pied du même côté.

Spontanément, la malade peut très bien mouvoir le genou gauche et imprimer à la hanche gauche quelques mouvements de flexion. Mais ils sont lents, le pied traîne sur le plan du lit et le bassin suit un peu le déplacement de la cuisse par suite d'un certain degré de contracture des muscles de la hanche.

Les mouvements qu'on peut provoquer dans cette articulation sont peu étendus mais la contracture n'est pas invincible ; elle cède un peu si on imprime les mouvements (de flexion, abduction, rotation); avec douceur et en attirant ailleurs l'attention de la malade.

Quand ces mouvements sont trop étendus, ils deviennent douloureux : la malade souffre de la hanche plutôt que du genou.

Le réflexe rotulien est atténué, ni amyothrophie, ni troubles vasomoteurs.

Après deux séances d'inhalations de nitrite d'amyle et mobilisation provoquée de la hanche, après quelques séances de mobilisation avec suggestion à l'état de veille, la douleur s'atténue : la malade peut, d'elle-même, effectuer des mouvements de plus en plus étendus. Elle marche plus facilement et appuie plus fortement le pied sur le sol.

Dans la même salle, au lit n° 14, nous voyons couchée une autre malade, jeune fille de 16 ans, entrée le 11 février 1905 qui vient du service du professeur Estor, où elle est restée un mois et demi. Elle est atteinte de contractures qui immobilisent l'articulation coxo-fémorale droite, simulant l'ankylose de l'articulation.

M. Estor l'a anesthésiée, et dans le sommeil chloroformique, les contractures disparaissent et l'ankylose aussi : on mobilise dans tous les sens le membre inférieur, mais on constate quelques craquements dans l'articulation atteinte. Sa démarche est tout à fait celle de l'abasie, vraie impotence

phobique, n'avance qu'en se cramponnant aux deux aides placés à côté. En plus, on a tous les stigmates de l'hystérie.

Mais s'il est indéniable que cette malade est une hystérique, il est aussi indéniable qu'elle a une lésion organique de la hanche ; elle est aussi une coxalgique, mais une coxalgique organique, en opposition à la malade antérieure. En effet, M. Grasset nous l'avait déjà démontré dans ses leçons cliniques et on n'a pas de la peine à se convaincre en examinant l'observation complète de la malade publiée par M. Gaussel (1), chef de clinique, et qui paraîtra incessamment. Pour faire ce diagnostic, ils se basent sur les *antécédents*, l'attitude caractéristique de la malade, la ténacité de l'affection et surtout quelques craquements constatés par M. Estor, pendant le sommeil chloroformique.

Mais ce n'est pas tout, le hasard de la clinique nous met en présence d'une autre hystérique, jeune fille âgée de 16 ans, couchée au lit n° 27 de la même salle, qui fait, par imitation, une coxalgie hystérique : en effet, cette malade se lie avec les deux autres que nous venons d'envisager, et à leur exemple, elle commence à souffrir du genou (8 mai 1905), de ne pouvoir pas marcher et d'éprouver une douleur en appuyant le pied par terre, tous signes accusés par les deux autres malades.

Elle marche en boîtant, appuyant avec précaution le pied par terre et traînant la jambe droite. Tous ces phénomènes disparaissent facilement par une série de suggestions à l'état de veille.

RÉFLEXIONS

En examinant l'ensemble des observations publiées, nous

(1) Coxalgie hystérique et coxalgie chez une hystérique. *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1905.

constatons, en général, qu'il s'agit de jeunes filles de 15 à 20 ans, faibles, mal réglées, présentant depuis quelque temps des symptômes de chloro-anémie et d'hystérie, névralgies, palpitations, troubles divers.

Certaines, cependant, peuvent avoir toute l'apparence d'une santé florissante.

Aussi on peut se demander avec Brodie, si la cause de la maladie ne se trouve pas, chez les unes dans un trouble de fonctionnement général et utérin, chez les autres dans une modification des fonctions du système nerveux. Mais le plus fréquemment, il faut tenir compte de la suggestion, chez la malade hystérique qui voit une coxalgique, et présente elle même une coxalgie. Nous l'avons observé dernièrement dans le service du professeur Grasset (obs. nº 5).

Un symptôme leur est commun, c'est la *douleur* qui a des caractères communs avec celle de la vraie coxalgie, qui est forte, continue, et a pour siège la hanche, la cuisse, souvent même le genou. Toutefois, elle a deux caractères qui la distinguent ; ce sont la superficialité ; elle a surtout pour siège la peau qui correspond à la jointure, comme l'a si bien mis en lumière Brodie ; nous avons vu ces malades redouter le moindre attouchement ; ensuite elle n'est jamais limitée à la région coxofémorale ; on la retrouve aussi propagée vers les fausses côtes, le long de la colonne vertébrale, sur le coup-de-pied comme on l'observe dans certains cas.

Tandis que la coxalgique inflammatoire souffre surtout à la pression profonde, quand on met les surfaces articulaires malades en contact , ici la douleur a des exacerbations nocturnes qu'aucune cause extérieure ne peut expliquer.

Si on arrive à distraire la malade par la conversation et si, en pressant sur la hanche avec le doigt, au moment ou elle ne s'y attend pas, elle ne sent pas une douleur, témoignée par un cri, elle a une coxalgie hystérique; petite manœuvre qui

ne doit jamais être négligée ; elle prouve le mécanisme purement psychique de la douleur.

Nous constatons encore en analysant ces observations, que la déformation de la hanche et le raccourcissement du membre sont constants ici comme dans la coxalgie ordinaire ; seulement, si dans cette dernière elle est réelle, dans la coxalgie nerveuse elle n'est qu'apparente. Par suite de la contracture des muscles, on remarque souvent une légère déviation de la cuisse en dedans ou une flexion du membre sur le bassin.

La douleur vive de la marche oblige le malade à ne pas poser le pied à terre et alors, peu à peu, le bassin se relève, se dévie, ce qui explique le raccourcissement apparent du membre du côté de la coxalgie. C'est alors que l'anesthésie s'impose pour faire le diagnostic d'une façon certaine ; nous avons vu son importance et ses résultats dans les différentes observations où elle a été faite.

L'observation n° 2 mérite d'attirer notre attention tout particulièrement; d'abord, au point de vue étiologique, nous voyons qu'ici c'est un homme robuste et sans antécédents morbides qui est atteint de l'affection dont nous nous occupons ; c'est le premier cas de coxalgie hystérique chez l'homme, rapporté en France.

Ensuite il y a le rôle indéniable qu'a joué le traumatisme dans l'éclosion de l'affection. Le choc nerveux a produit un état psychique en raison duquel la légère contusion de la hanche, sans avoir déterminé des lésions organiques sérieuses, est suffisante pour maintenir et augmenter la douleur sous forme d'arthralgie permanente ; telle est la théorie proposée par Charcot.

De plus, comme le fait remarquer ce grand Maître, l'état général de cet homme reste excellent malgré les 2 ans 1/2 pendant lesquels il a été malade, ce qui au point de vue du

diagnostic différentiel est décisif. Quelle coxalgie vraie, aussi favorable soit-elle, reste pendant de longs mois sans toucher l'état général ?

La rigidité du membre occupe non seulement la hanche, mais aussi le genou et même le cou-de-pied, caractères qu'on ne trouve pas dans la coxalgie vulgaire.

L'hyperesthésie de la peau au niveau de la hanche, ou *signe de Brodie*, comme l'appelle Charcot, honorant ainsi le célèbre chirurgien anglais, est très nette chez le malade en question.

La sensibilité doit être examinée d'une façon approfondie, car elle peut éclairer le diagnostic, comme le montre Charcot. Chez son malade, sur presque la totalité de la moitié gauche du corps, il existe une anesthésie complète et la notion du sens musculaire a disparu pour certains mouvements.

Les sens spéciaux peuvent être atteints, le malade en question a le goût, l'odorat, l'ouïe, affectés du côté gauche, et le champ visuel très rétréci, stigmate très fréquent chez les névrosés.

On trouve donc tous les stigmates de la grande névrose, et avec tout ce faisceau d'arguments on est déjà *presque* en droit d'assurer la *coxalgie hystérique* ; nous disons presque, parce qu'on peut se demander si les symptômes d'hystérie ne sont pas venus se greffer à un moment donné sur une coxalgie organique, point d'appel pour les manifestations névrosiques. Comment les différencier ?

Ici nous répétons ce que nous avons dejà dit : il faut faire l'anesthésie générale ; chez le malade de Charcot elle a été faite, et il nous donne les résultats de l'exploration :

« Le sommeil était complet, dit-il. Les muscles étaient en entière résolution ; ceux du membre malade furent les derniers à parvenir à cet état ; la peau était devenue insensible

au pincement, même aux endroits les plus hyperesthésiés ; on pouvait imprimer à la jambe et à la cuisse les mouvements les plus étendus sans être arrêté par la moindre résistance ; la percussion du grand trochanter, celle du talon n'étaient nullement perçues. Ni la main, ni le stéthoscope n'ont, pendant qu'on exécutait tous ces mouvements, permis de constater le moindre craquement. Donc une conclusion s'impose à nous, c'est que la jointure est libre d'adhérences, que les surfaces articulaires et osseuses ne présentent aucune de ces déformations, de ces lésions qui ne sauraient manquer d'exister dans une coxalgie aussi ancienne, si elle était réellement de nature organique.

» Permettez-moi encore, messieurs, dit Charcot, de vous faire connaître les phénomènes présentés par ce malade pendant la période du réveil : — la raideur commença à reparaître à un certain degré dans les muscles malades, avant qu'aucune manifestation douloureuse se montrât du côté de la jointure. La sensibilité de la peau était déjà en partie revenue, le malade commençait à répondre à quelques questions alors que la sensibilité des parties profondes (percussion du trochanter, du talon) n'était encore nullement exagérée ; c'est donc l'hyperesthésie profonde qui s'est reproduite en dernier lieu. Mais lorsque le réveil fut devenu complet, c'est-à-dire au bout de 20 à 25 minutes, la déformation, la douleur, la claudication redevinrent absolument ce qu'elles étaient avant la chloroformisation. »

Tout ce luxe de petits détails et cette recherche minutieuse ne sont pas de trop, car il y a en clinique une forme dont le diagnostic est essentiellement difficile ; nous voulons parler de la forme *mixte* hystéro-organique qui, passant souvent méconnue, ne pourra bénéficier d'un traitement raisonnable.

Nous avons observé dernièrement, dans le service du pro-

fesseur Grasset, un cas incontestable d'association hystéro-organique (observation n° 5).

M. Lannelongue et M. Joffroy citent trois cas dans lesquels cette combinaison s'est produite au milieu de circonstances qui rendaient l'erreur difficile à éviter.

Mais nous croyons que le meilleur moyen de fixer l'attention sur ce point délicat de diagnostic différentiel, est de montrer, avant tout, combien l'erreur est facile à commettre, et pour cela nous n'hésitons pas à donner ici le résumé d'une observation relative au malade du docteur Joffroy, que voici :

« Mlle X..., de Saint-Pétersbourg, âgée de 18 ans. Antécédents héréditaires nuls. A 6 ans et à 14 ans, crises nerveuses nombreuses qui paraissent avoir été des accès d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. A 6 ans, accidents coxalgiques transitoires. A 11 ans, réapparition à plusieurs reprises de ces mêmes accidents. A 18 ans, réapparition des accidents qui datent de 5 mois à l'époque où on examine la malade. Douleur vive à la hanche et au genou, raccourcissement apparent ; la malade marche à l'aide de béquilles, posant à peine à terre la pointe du pied ; pas de stigmates hystériques. Cependant, en tenant compte de l'opinion des médecins antérieurement consultés, de la marche singulière de la maladie et en particulier des rémissions suivies de réapparitions qui ne cessent de se produire depuis près de 10 ans, on penche vers le diagnostic *coxalgie-hystérique*, tout en faisant des réserves. L'emploi de douches tièdes générales amène d'abord une amélioration sérieuse ; il se produit une nouvelle rémission et la malade redevient capable de marcher sans trop de douleur. Cependant, sur ces entrefaites, la chloroformisation étant pratiquée, on constate « qu'un complet relâchement de la hanche est impossible, que les mouvements imprimés à

la jointure déterminent des craquements caractéristiques ne laissant aucun doute sur l'existence de lésions osseuses très avancées. »

« A côté de ces formes mixtes par lésions tuberculeuses de la hanche chez des sujets nerveux, dit M. Plicque (1), M. Cazin a bien voulu nous signaler une autre forme dont le diagnostic n'est pas moins difficile. Dans cette forme, il existe déjà une arthrite ou une ostéïte tuberculeuse d'un point éloigné du membre inférieur, le pied le plus ordinairement, quand apparaissent les contractures et les douleurs de la hanche.

L'idée la plus naturelle, celle d'une coxo-tuberculose surajoutée à la lésion tuberculeuse persistante, est loin d'être toujours vraie.

Bien souvent, il ne s'agit que d'une action réflexe, produite sur la hanche par la lésion éloignée et que M. Cazin compare très justement à l'action réflexe de certains traumatismes. C'est dans ces cas surtout que le chloroforme doit intervenir en y joignant un examen local approfondi. »

Cette forme associée mérite d'être signalée, quelle que soit d'ailleurs l'interprétation donnée.

L'observation n° III peut encore prêter à confusion. Si M. Glorieux croit que dans ce cas il s'agit sans conteste d'une coxalgie hystérique, la commission chargée d'analyser son travail arrive à une conclusion diamétralement opposée; ce serait une « affection due à une lésion grave de l'hémisphère cérébral droit ».

Nous croyons, après une analyse détaillée de l'observation du docteur Glorieux, et après l'examen des arguments de la

(1) Plicque, Les coxalgies hystériques: *Gazette des Hôpitaux*, 1891, n° 66, p. 611.

commission, que dans l'espèce il s'agit d'une *coxalgie hystérique*. En effet : prenons les objections de la commission, elle prétend que les symptômes sont entièrement différents du cas rapporté par Charcot (voir obs. n° II). Mais il n'en est rien ; ce sont deux malades superposables, et l'unique différence est que dans le malade de Glorieux, l'hyperesthésie cutanée est remplacée par une diminution à la douleur sur toute la surface cutanée ; les piqûres d'épingle sont perçues mais ne provoquent pas de sensations douloureuses; or, si le signe de Brodie, quand il existe est pathognomonique, quand il n'existe pas, il est trop risqué d'écarter l'idée de névrose, comme l'a fait la commission. Dans l'hystérie, anesthésie et hyperesthésie s'équivalent pour faire le diagnostic de nature.

Un autre argument de la commission, c'est que l'anesthésie est restée permanente; or elle a oublié ou n'a pas tenu compte que le retour de la sensibilité après la chloroformisation, quoique momentané, n'en a pas moins été réel.

La possibilité d'exercer des mouvements pendant le sommeil, avec disparition de l'état de contraction, et surtout l'état normal du réflexe, nous fait écarter l'idée de sclérose en plaques formulée par ladite commission.

Quant à l'idée d'une lésion localisée à la capsule interne, il serait bien étonnant qu'elle ne se soit pas manifestée par d'autres symptômes et la localisation aurait été moins limitée.

Enfin, les stigmates hystériques y sont pour quelque chose. Donc, nous croyons avec M. Glorieux qu'en réalité il s'agit là d'une coxalgie hystérique. Quoi qu'il en soit, nous avons tenu à démontrer combien il est difficile dans certains cas de porter un diagnostic exact, et c'est pour cela que l'examen du malade ne saurait être trop attentif et minutieux, dans les cas douteux.

Dans l'observation IV nous constatons pareille difficulté.

Une fois le diagnostic posé on est en droit de se demander quelle sera la durée et la terminaison. Pour la première elle est très variable ; si nous nous rapportons à l'éloquence des observations de nos anciens, nous voyons que Bœckel opéra une malade qui souffrait depuis 6 ans et l'affection ne tendait pas vers la guérison, bien au contraire.

Le coxalgique de l'observation II, n'est pas guéri après 3 ans et demi après le début de son affection.

Cette ténacité finit par retentir sur la mentalité de certains malades qui réclament à grands cris une intervention chirurgicale et malheureusement sont bien souvent écoutés.

Parfois la guérison est subite, comme dans un cas rapporté par Crolas, histoire d'une religieuse atteinte de coxalgie hystérique et guérie miraculeusement à la fin d'une neuvaine, et celle d'une jeune fille, guérie de sa coxalgie, pendant que le médecin prenait rendez-vous pour l'application d'un appareil. Nous constatons cette rapidité de guérison aussi dans plusieurs des observations consultées pour notre travail.

Quoique l'on ne sache rien sur la durée probable de cette affection, il est déjà beaucoup de pouvoir affirmer à l'entourage que la maladie peut guérir du jour au lendemain.

D'ailleurs le traitement est le même pour toutes ces affections qui nous occupent ; nous renvoyons le lecteur au dernier chapitre, celui de la thérapeutique.

CHAPITRE III

APPENDICITE ET PÉRITONISME HYSTÉRIQUES

La tympanite hystérique peut avoir des formes particulières au point de revêtir l'aspect, soit d'une péritonite aiguë, soit d'une péritonite chronique, soit d'une appendicite franchement aiguë, ou bien classée dans le groupe d'appendicites à rechutes.

Nous allons rapporter quelques observations pour les analyser ensuite.

Observation I

(M. Talamon, Société médicale des hôpitaux, 26 mars 1897)

Il s'agit d'une surveillante du service de M. le docteur Talamon, à l'hôpital Tenon, femme de 39 ans, bien portante habituellement et n'ayant d'autre trouble intestinal qu'une tendance assez marquée à la constipation. Les accidents débutent brusquement dans la nuit par une douleur atroce

dans la fosse iliaque droite, douleur fixe avec violentes irradiations paroxystiques dans l'aine et dans tout l'abdomen suivie de vomissements alimentaires et bilieux incessants.

Le lendemain, malgré l'application de sangsues et d'une vessie de glace, malgré deux injections de morphine, les vomissements et les douleurs abdominales persistent sans amendement. Le facies est celui d'une péritonite par perforation, traits tirés, yeux excavés, extrémité du nez, pommettes et oreilles froides et légèrement violacées. Le ventre est dur, tendu, rétracté et hyperesthésié dans toute son étendue avec maximum de la douleur à droite. La fièvre est à 38° 2.

Le surlendemain, l'état est le même et M. Walther appelé en mon absence par mon interne M. Keim, conclut à une intervention dans les vingt-quatre heures, s'il ne se produit pas d'amélioration. En attendant, on continue la glace et la morphine.

Nous voyons la malade le troisième jour avec M. Walther. Changement radical dans la situation. Le facies grippé a fait place à un visage calme et reposé. Les vomissements ont cessé.

L'abdomen est souple et se laisse facilement explorer ; on ne constate aucun empâtement à la palpation de la fosse iliaque droite. La pression est seulement encore douloureuse au point de Mac Burney et dans l'espace costo-iliaque. La température est à 37°.

Le jour suivant la douleur elle-même a disparu.

Observation II

(M. Talamon, Société médicale des hôpitaux, 26 mars 1897)

D... Christian, âgé de 35 ans, cuisinier, entré dans mon service à l'hôpital Tenon, le 17 juin 1892, pour des crises

abdominales d'une violence extrême accompagnées de vomissement répétés.

Ces crises se produisent à intervalles irréguliers, en général tous les huit ou dix jours, parfois deux ou trois fois par jour. Elles débutent brusquement par une douleur déchirante dans la fosse iliaque droite, qui s'irradie bientôt dans le ventre. La douleur est telle que le malade se roule littéralement par terre, se tordant, se pliant en deux et prenant les positions les plus étranges pour calmer ses souffrances.

Les vomissements surviennent aussitôt ; ils sont continuels et se répètent incessamment avec les efforts les plus pénibles ; les matières vomies sont muqueuses, bilieuses, verdâtres, parfois panachées. La crise a une durée variable de quinze ou vingt minutes à deux ou trois heures. Elle se calme assez rapidement sous l'influence d'une piqûre de morphine.

La vue du malade en proie à un de ces accès au moment de la visite me fit d'abord penser à une crise tabétique gastrique ou gastro-intestinale. Mais il était impossible de trouver chez lui un autre signe qui permît de maintenir ce diagnostic.

D'ailleurs, en l'examinant, on voyait sur la ligne médiane les cicatrices d'une laparotomie, et voici l'histoire qu'il raconta en pleurant et se lamentant :

Jusqu'à 20 ans, il n'a eu aucune maladie qui mérite d'être notée. En 1881, à la suite d'un mariage manqué, son caractère changea complètement. Il devint triste, maussade, taciturne, s'émotionnant à la moindre contrariété, pleurant facilement, ayant souvent des étouffements et des spasmes à la gorge, toutefois pas d'attaques de nerfs.

En 1883, il eut une blenhorragie, sans complications, mais qui le tracassa beaucoup et augmenta ses tristesses et ses inquiétudes nerveuses.

C'est en 1884, il y a huit ans, que sans raison connue, il

eut sa première crise de douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Cette crise le prit subitement pendant son travail ; les douleurs étaient atroces, il les comparait à un « arrachement d'entrailles ».

Ces crises se répétèrent pendant deux mois, puis disparurent totalement pendant un an.

En 1885, les crises reparurent avec les mêmes caractères et depuis lors elles n'ont pas cessé, se répétant tous les huit jours, tous les quinze jours, l'obligeant sans cesse à interrompre son travail pendant plusieurs jours. Les difficultés de la vie matérielle venaient s'ajouter à ses souffrances. Son état cérébral était devenu lamentable ; il était poursuivi par des idées de suicide.

En septembre 1891, il se décida à entrer à l'hôpital, dans le service d'un de mes collègues de Tenon.

Au bout de trois semaines d'observation et de traitements divers, on le fit passer en chirurgie avec le diagnostic d'appendice à rechute.

M. Richelot pratiqua, au mois d'octobre, une laparotomie médiane sous-ombilicale pour aller à la recherche de l'appendice, mais l'appendice resta introuvable ; on ne put d'ailleurs constater aucune lésion péritonéale, ni la moindre trace d'inflammation dans la fosse iliaque droite. L'abdomen fut refermé et le malade guérit de l'opération sans incident.

Mais il ne guérit pas de ses crises.

L'opération ne lui procura même pas le bénéfice psychique qu'on pouvait espérer. Un mois après, les accès reparaissaient avec la même intensité.

Observation III

(M. Talamon. Société méd. des Hôp. 26 mars 1897)

Le malade est un petit garçon de 8 ans dont j'avais soigné le frère, à l'âge de 9 ans, pour divers accidents hystériques, blépharo spasme intermittent à la suite d'une légère conjonctivite qui a duré plus d'un an, hémispasme glossolabié pendant huit jours à la suite d'une excavation de la narine ; en outre, dans sa première enfance, il avait eu plusieurs reprises au moment de la dentition une paralysie passagère, tantôt d'un bras, tantôt de l'autre, et une contracture de la jambe gauche pendant plusieurs semaines.

Mon petit malade, bien que très nerveux, n'avait jamais eu d'accidents hystériques caractérisés, quand, au mois d'août 1895, étant à la campagne, il fut pris une nuit de douleurs violentes dans le ventre, avec cris, agitation générale, vomissements répétés.

Quand le médecin appelé arriva, au bout de deux heures, la crise était terminée, mais une deuxième crise analogue se produisit une quinzaine de jours plus tard, cette fois au milieu de la nuit, et le médecin émit l'hypothèse d'une crise appendiculaire. A la troisième attaque qui eut lieu au bout d'un mois, il insista encore sur l'idée d'une appendicite et parla même, de la possibilité d'une opération si d'autres rechutes survenaient.

A peine de retour à Paris, la mère vint me demander conseil. Je la priai de m'envoyer chercher dès que les premiers symptômes d'un nouvel accès se produiraient.

Huit jours après j'étais appelé vers minuit. L'enfant s'était

couché bien portant, ayant dîné comme d'habitude. Il s'était réveillé vers 11 heures, gémissant et se plaignant d'une douleur violente dans le ventre et dans l'estomac ; il avait vomi à deux reprises et, depuis lors, il ne cessait de s'agiter et de se retourner, criant qu'il étouffait et se raidissait par moments de tout son corps. Je le trouvai dans cet état, se débattant dans son lit, dont il avait rejeté au loin les couvertures, poussant par moments des cris de fureur, disant que son estomac lui remontait dans la gorge et faisant des efforts pour vomir, mais ne rendant plus que quelques mucosités. Il n'y avait pas de fièvre ; le ventre était sensible partout, mais non ballonné, mais dur et tendu du côté droit ; la moindre pression dans le flanc droit arrachait des cris à l'enfant et en appuyant sous le rebord costal, je provoquais une véritable contorsion du tronc qui se raidissait et se cabrait en extension.

Une zone d'hyperesthésie semblable existait aussi en arrière à droite, dans la région dorso-lombaire. Je rassurai la mère ; je fis appliquer un cataplasme laudanisé sur le ventre et au bout d'une heure il s'endormait assez tranquillement.

Le lendemain matin, je lui déclarai formellement en le regardant dans le blanc des yeux, que si pareille crise se reproduisait encore, je serais obligé de lui ouvrir le ventre. Cette menace suffit, car depuis cette époque (c'est-à-dire depuis dix-huit mois) aucun incident nocturne n'est survenu. L'enfant a toujours un sommeil très agité ; il rêve et parle tout haut une partie de la nuit ; mais il n'a plus aucune crise nerveuse. Les zones hystérogènes, sous-costal et dorso-lombaires restent toutefois très sensibles à la pression.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. René Monod, interne de M. le docteur Galliard
(Rapportée dans la thèse de Dubois)

La nommée G... (Maria), âgée de 16 ans, domestique, entre le 26 avril 1899 dans le service du docteur Galliard, se plaignant de violentes douleurs abdominales (salle Nélaton, lit 19).

Antécédents héréditaires. — Son père est tuberculeux, sa mère est bien portante, mais très nerveuse, se mettant facilement en colère, sujette à des attaques de nerfs.

Antécédents personnels. — Comme sa mère, M. G. est très nerveuse. Elle raconte que plusieurs fois, à la suite d'émotions vives, de colère, elle a eu des crises de nerfs suivies parfois de perte de connaissance.

Son caractère est changeant, irritable, il lui arrive fréquemment de pleurer ou de rire sans motif. La santé générale est bonne, on ne relève aucune maladie dans ses antécédents. Cependant, depuis l'époque où sont apparues les premières règles, depuis deux ans, G... a souffert assez souvent du ventre. Ce sont en général des douleurs diffuses assez supportables et ressemblant à des coliques. Depuis deux mois, ces douleurs ont augmenté et il y a quinze jours la malade prétend avoir souffert assez vivement du ventre avec prédominance dans la fosse iliaque droite. Elle était constipée à ce moment-là. Elle n'a pas consulté le médecin ; elle s'est

contentée de prendre une purgation et les douleurs ont disparu.

La nouvelle crise douloureuse qui force la malade à entrer dans le service a débuté la veille au soir. Brusquement, elle a été prise de douleurs dans tout le ventre, sans vomissements. L'examen permet de constater tout d'abord que le ventre est légèrement ballonné. L'exploration est très difficile; en effet, dès qu'on tente de déprimer la paroi abdominale, la malade pousse de véritables cris, pleure, se tourmente en tous sens dans son lit pour éviter l'examen. Cependant, au bout d'un moment, on parvient à palper très légèrement l'abdomen et l'on constate nettement que le maximum de la douleur siège exactement au point de Mac Burney. Mais il est à noter que non seulement la pression, mais le simple fait de pincer légèrement la peau excite la douleur : il existe donc une hyperesthésie marquée.

Ce fait joint aux mouvements désordonnés de la malade dans son lit, malgré les vives douleurs abdominales dont elle se plaint font douter de la réelle existence d'une appendicite. Il est impossible de se rendre compte dans ces conditions s'il existe de la défense de la paroi. Néanmoins, comme la température est à 39° et le pouls à 96, on fait le diagnostic d'appendicite et on prescrit le traitement habituel : opium à l'intérieur, glace sur le ventre.

Il faut ajouter que la langue était bonne, la figure reposée sans aucune altération des traits. L'examen complet de la malade ne révèle aucune lésion des différents organes. Pas d'albumine, pas de constipation. La malade étant vierge, on ne fait pas le toucher vaginal.

27. — Le lendemain, à la visite du matin, la malade n'a plus de fièvre (37°) et le pouls est à 80. La nuit a été très bonne. Les douleurs sont moins vives et l'exploration du ventre est un peu plus facile. On constate alors que le maxi-

mum de la douleur siège toujours au niveau de l'appendice, mais la défense musculaire n'est pas plus marquée à droite qu'à gauche.

Les antécédents nerveux de la malade, cette exagération des phénomènes douloureux qui subsistent malgré la chute de la température et qui contrastent avec l'état général, conduisent à rechercher l'hystérie. On constate alors que la malade a de l'anesthésie du maxillaire droit inférieur et une diminution de la sensibilité du maxillaire supérieur du même côté. Au tronc et à la face, la sensibilité est intacte. Le réflexe pharyngien est aboli. Il y a diminution du champ visuel à droite, sans trouble de la vue.

28. — Le lendemain, la malade va très bien. T. : 37° et P. : 80. On prescrit une légère purgation, suivie d'une abondante.

29. — Le soir, la malade est reprise brusquement de ses douleurs qui présentent les mêmes caractères que le premier jour. T. : 38°4 et P. : 104.

30. — Le lendemain, la température tombe à 37°8 et le pouls monte à 104. Il n'y a pas de vomissements ; la langue est bonne, le facies n'est pas altéré. En raison de la température et de l'accélération du pouls, on prie M. Monod, chirurgien de Saint-Antoine, d'examiner la malade. Il est également d'avis qu'il s'agit de phénomènes hystériques et qu'il n'y a pas lieu d'intervenir. Le soir, la température monte à 38°2, mais le pouls est à 90.

1er mai. — La fièvre et la douleur disparaissent subitement.

Trois jours après, la malade sort sur sa demande, ne ressentant plus rien d'anormal.

Observation V

La nommée Augustine Hus..., âgée de 40 ans, modiste, habitant, 86, boulevard Port-Royal, entre le 1er juillet 1898 à l'Hôpital Cochin, salle Richet, lit n° 9 (service de M. le docteur Schwarz).

Antécédents héréditaires. — Nul. Un peu nerveuse.

Antécédents personnels. — Réglée depuis 13 ans. Règles abondantes et régulières. A eu un enfant à 30 ans. Constipation habituelle.

La malade est prise subitement, le 30 juin, de douleurs dans le ventre, sans vomissements.

Elle entre d'urgence à l'hôpital le lendemain. A son arrivée, elle a le ventre rétracté, creusé en bateau et douloureux. La douleur existe surtout dans la fosse iliaque droite et principalement au niveau de l'appendice.

La température ne dépasse pas 37° 8, mais les traits sont tirés, le teint terreux, le visage couvert de sueurs. Le pouls est bon. Le toucher vaginal ne donne rien : on trouve seulement de l'antéversion.

M. Leven, interne de garde, voit la malade et après examen attentif en fait une hystérique, mais se trouvant en désaccord avec plusieurs de ses collègues qui (frappés de la remarquable localisation du point de Mac Burney) en font une appendicite : il fait appeler le chirurgien de garde. M. Arrou vient aussitôt et, posant aussi le diagnostic d'hystérie, repart sans opérer.

Voici les principales raisons qui ont permis de faire le diagnostic :

1° Le pouls est bon et de fréquence normale ;

2° Pas de fièvre ;

3° Pas de vomissements ;

4° La malade se plaint beaucoup, sans doute, mais elle s'intéresse à tout ce qui se passe dans la salle. Quand on détourne son attention en la faisant parler, par exemple, on détermine par la pression des douleurs bien moins violentes ;

5° Evolution spéciale de la malade à la suite de tourments (Augustine Hus... s'était cru ruinée).

2 juillet. — La suite prouva la justesse de ce diagnostic. Le lendemain, le ventre au lieu d'être rétracté est ballonné. Il y a du tympanisme évident. La douleur est moins bien localisée ; on la trouve à gauche presque autant qu'à droite. Le facies est beaucoup amélioré. La température et le pouls sont toujours normaux.

On examine la malade et on ne trouve rien du côté des annexes, du foie et des reins.

Le soir,il se produit une débâcle de matières fécales accompagnée d'une grande quantité de gaz.

Les jours suivants,les phénomènes continuent à s'améliorer si bien que la malade sort guérie le 6 juillet.

Revue et suivie pendant plusieurs mois, Augustine Hus... n'a jamais eu de nouvel accès semblable.

Observation VI

HYSTÉRIE SIMULANT UNE TUBERCULOSE DE SÉREUSES

Publiée par le docteur Gaussel dans le *Nouveau Montpellier Médical* 1904.

Marie B..., femme de chambre, âgée de 16 ans, entre dans le service de M. le professeur Grasset, salle Espéronnier, n° 13, avec le diagnostic de rhumatisme du coude droit.

Cette jeune fille a fait dans le service, au mois de septembre 1903, un premier séjour sur lequel nous devons tout d'abord attirer l'attention. Venue pour des crises nerveuses dont la nature hystérique fut bientôt reconnue, elle est employée comme infirmière bénévole à un moment où l'on soigne des typhoïsantes dans la salle. Au bout de quelques jours, elle présente un état général fébrile que l'on croit être une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital ou bien une fièvre bacillaire. Nous ne savons pas si le sérodiagnostic a été fait à ce moment. Quoi qu'il en soit, cette maladie évolue rapidement d'une façon bénigne, et la malade quitte l'hôpital guérie de ses crises, qui ne se sont plus reproduites depuis qu'on lui a affirmé leur guérison définitive du fait de l'infection typhoïde.

Ses antécédents héréditaires sont inconnus.

Le 9 février 1904, elle entre pour la seconde fois dans le service. Elle se plaint depuis quatre ou cinq jours d'une douleur vive dans le coude droit qui est restée localisée, depuis le début, à cette même articulation et ne s'accompagne pas de gonflement bien apparent. Ce qui frappe de suite, c'est l'intensité de la douleur : le moindre frôlement au niveau du coude arrache des cris à la malade.

positif et apporte un argument de plus en faveur de la tuberculose.

Le 22 février, la malade ne souffre plus du ventre, mais le coude droit est très douloureux. La température est de 37°,5 le soir. Cependant l'état général est excellent, la malade a un facies coloré, un embonpoint très suffisant : il n'y a chez elle aucun signe d'anémie.

Le 27 février. — Rétention d'urine depuis la veille ; après évacuation à la sonde, le ventre reste douloureux, submat et ballonné au-dessous de l'ombilic. La douleur du coude persiste, mais moins forte ; l'hyperesthésie des jours précédents au niveau du coude a disparu.

Le soir, le thermomètre monte à 39°, sans que rien permette d'expliquer cette ascension.

La malade se plaint de tousser, mais l'auscultation la plus minutieuse ne fait rien découvrir du côté de son poumon. Les jours suivants, la température redevient à peu près normale. La malade continue à se plaindre de son ventre, qui reste un peu gros. Cependant, si en l'examinant on attire ailleurs son attention, on constate que la palpation, même profonde, et la pression énergique, sont supportées sans douleur ; de même, on sent sous la main la paroi abdominale devenir souple et par moments le ventre devient plat.

Le diagnostic d'hystérie prend de plus en plus le pas sur celui de la tuberculose ; on prescrit des lotions tièdes et des séances d'électricité statique (tabouret électrique).

Le 6 mars, la douleur du membre supérieur s'est changée dans le bras gauche qui est douloureux depuis l'épaule jusqu'au coude et est le siège d'une hyperesthésie très marquée : le côté droit est indolore, le coude se meut normalement. Cette douleur gauche disparaît après quelques jours ; il semble que la malade se plaigne uniquement de son ventre. Puis, elle accuse une douleur dans la région axillaire et à la

Le jour de son entrée, on constate une anesthésie à la piqûre portant sur tout le bras droit, limitée en manche de veste, qui fait songer à l'hystérie : l'existence de crises antérieures confirme cette opinion. En même temps, il y a une anesthésie cornéenne et pharyngée absolue.

Faut-il rapporter à la névrose cette douleur du coude ?

Il n'y a pas eu de traumatisme avant l'arthrite actuelle, il n'y a pas trace de blenhorragie chez cette jeune fille. Est-ce de la tuberculose ? En faveur de cette hypothèse, les autres causes étant écartées (traumatisme, gonococcie), plaident la localisation monoarticulaire, la fièvre vespérale (37°,7 le soir).

Les deux jours qui suivent rien de nouveau ne survient, sauf la disparition de l'anesthésie du bras droit.

Le 14 février, la malade déclare souffrir beaucoup du ventre, qui est légèrement ballonné et tendu dans sa portion sous-ombilicale. Il y a de la contispation. Nous apprenons à ce moment que cette jeune fille n'a pas eu ses règles depuis quatre mois. Le ventre est très douloureux à la pression. On donne un purgatif et on fait appliquer sur le ventre des compresses d'eau salée.

Le 17 février le coude va mieux, se mobilise facilement sans douleur.

Du côté de l'abdomen, au contraire, on a du ballonnement, de la subinatité à la percussion superficielle, de la douleur, le tout dans la zone sous-ombilicale. Il n'y a pas d'ascite.

Du còté du poumon, on ne contaste aucun signe net à l'examen. La température est à peu près normale le soir (37°,2).

Du 18 au 22 février, il survient de la rétention d'urine complète qui nécessite le cathétérisme. Le séro-diagnostic d'Arloing, fait avec le sang de la malade, donne un résultat

base gauche ; mais plusieurs examens répétés ne font rien découvrir de pleural, ni de pulmonaire en ce point.

Le 17 et le 18 mars, toujours sans manifestation locale, le thermomètre monte à 39° le soir. L'interne de service, M. Rimbaud, ayant constaté que la malade ne paraissait pas avoir de fièvre au seul contact de la main, alors que le thermomètre accuse 39°, prend lui-même la température et trouve à peine 37°. La supercherie était découverte, la malade faisait monter le thermomètre.

A partir de ce jour, grâce à la surveillance exercée, la température n'a jamais excédé 37°. Or, depuis l'entrée de la malade, on avait toujours constaté quelques dixièmes au-dessus de 37°, le soir.

On s'occupa moins de cette malade quand on s'aperçut qu'elle simulait sa fièvre à type si irrégulier. Elle sort guérie le 27 mars.

Quelques jours avant de quitter l'hôpital, elle avait eu ses règles qui manquaient depuis près de cinq mois.

Cette observation montre bien quelles erreurs de diagnostic peut entraîner l'hystérie simulant une lésion organique.

Même la sachant hystérique, à cause des stigmates permanents constatés chez elle et des crises nerveuses de nature non douteuse, on a d'abord et pendant longtemps pensé chez cette jeune fille à une tuberculose des séreuses intéressant l'articulation du coude droit et le péritoine.

La localisation articulaire, par son caractère de fixité à une seule articulation, sans traumatisme, sans blenhorragie ni maladie infectieuse antérieures, permettait de penser au rhumatisme tuberculeux ; la coexistence de phénomènes abdominaux, tels que la douleur du ventre, le ballonnement et la constipation, symptômes de parésie intestinale, la rétention d'urine, symptôme de parésie vésicale, contribuait à faire admettre l'hypothèse de la tuberculose. En faveur de

cette idée, il convient d'invoquer l'existence de la fièvre et la séro-réaction d'Arloing positive. Tout cela explique que l'on ait longtemps hésité à se prononcer entre la lésion véritable et la névrose pure.

L'évolution de la maladie, la mobilité de certains symptômes, enfin surtout leur disparition quand on eu découvert la supercherie de cette jeune fille, sont autant d'arguments en faveur de l'hystérie.

RÉFLEXIONS

Nous voyons que ces observations se rapportent tantôt à des hommes, tantôt à des femmes indifféremment. On l'observe surtout dans le jeune âge, entre 16 et 25 ans. Les sujets atteints sont le plus souvent nettement hystériques (crises nerveuses, pleurs et rires sans motifs, bizarrerie de caractère).

On trouve en général tous les stigmates de la névrose.

L'attaque de pseudo-appendicite hystérique survient brusquement et à l'occasion d'une émotion (tourments, chagrins). Presque toujours au milieu de symptômes d'une crise hystérique, se réalise le syndrome pseudo-appendiculaire ; nous l'avons constaté dans l'observation III : le petit malade de Talamon sentait en même temps une boule qui lui remontait à la gorge; il avait des soubressauts, des secousses et des contorsions hystériques.

Les phénomènes appendiculaires peuvent remplacer la crise hystérique elle-même.

Un caractère important qui se trouve du reste dans toutes les manifestations hystériques est leur disparition brusque, soit spontanée comme chez une malade qu'observa M. Brissaud, soit provoquée par une émotion ou par une menace comme pour le petit malade de Talamon qui guérit rapide-

ment sur la menace qui lui fut faite de lui ouvrir le ventre. Tout cela prouve quelle est l'importance de la suggestion dans le traitement.

Encore un caractère important est la répétition des accès, d'où confusion souvent avec l'appendicite à rechutes. Caractère très net dans l'observation III.

La douleur est toujours très vive ; elle est même plus violente que dans les inflammations péritonéales vraies et les réactions de défense sont notablement exagérées ; cette douleur est plutôt superficielle, cela probablement du à une hyperesthésie cutanée. Mais on constate que, malgré cette grande douleur, le malade remue et montre une aisance de mouvements qui ne se trouve pas dans les cas d'inflammation de la séreuse.

Les vomissements souvent analogues à ceux de l'appendicite vraie, alimentaires ou bilieux, peuvent être d'autres fois plus répétés, plus tenaces, ressemblent au vomissement cérébral ; mais surtout ce sont des vomissements dits nerveux, c'est-à-dire vomissements faciles de liquide, filants et abondants, analogues à de la salive teintée.

Un fait très curieux est le facies trompeur de ces malades: on a souvent le facies péritonéal, yeux creux, joues excavées, teint plombé ; mais si on observe plus attentivement le malade, on remarque une langue bonne, la figure reposée, sans aucune altération des traits, comme le font observer Galliard et Monod, (observation IV).

Le pouls doit donner des renseignements précieux pour le diagnostic, car, s'il est un peu rapide, il conserve sa régularité et surtout son amplitude au milieu des symptômes les plus alarmants.

La question de la température est un peu plus embarrassante : dans deux des cas rapportés nous constatons une température assez élevée. Doit-on conclure à une affection

organique s'il y a de la fièvre ? Non, cela ne prouve rien contre l'idée de névrose ; car d'abord on a admis, non sans grande discussion, il est vrai, une fièvre hystérique dont la nature intime nous échappe (1). Mais il faut surtout se méfier des malades qui par une « supercherie toute polygonale », dirait le professeur Grasset, tâchent par tous les moyens de tromper. Une malade que nous avons observée dans le service de M. Grasset, et qui a fait l'objet de l'intéressante communication à la Société des sciences médicales par M. Gaussel, chef de clinique, (observation V) montre l'importance de la surveillance au moment de prendre la température.

Quand la péritonite est simulée, on a un ballonnement général avec sonorité exagérée à la percussion. La paroi abdominale est entièrement hyperesthésique ; il y a les symptômes généraux concommittents. Dès lors, on est en droit de croire à une péritonite généralisée. Mais si on remarque que le ballonnement du ventre exagéré est apparu subitement en quelques minutes, qu'il est sujet à des alternatives d'augmentation et de diminution, voir même de disparition, on est en droit de conclure à une pseudo-péritonite et la recherche minutieuse des autres caractères s'impose. Avec cette symptomatologie déduite des différentes observations rapportées, on peut arriver à poser un diagnostic aussi sûr que possible.

Nous terminons, en ce qui concerne le diagnostic, par quelques phrases de Briquet qui maintient la ressemblance entre la tympanite hystérique et la péritonite aiguë ; et enfin, quelques mots de Piorry, qui est un résumé de ce que nous avons déjà écrit :

» Chez ces malades, dit Briquet (*op. cit.* p. 261), le ventre

---

(1) Debove. — De la fièvre hystérique (Société médic. des hôpitaux, séance du 13 févr. 1885.

se tend, devient dur, tympanique, si douloureux à la pression et même au simple toucher des parois abdominales, qu'on pourrait croire à la métro-péritonite la plus intense. » Il existe 120 à 140 pulsations à la minute, 30 à 60 inspirations, auxquelles se joignent des vomissements porracés. « Sous ces influences, ajoute Briquet, les traits s'altèrent, la face se décompose, pâlit, devient livide ; le nez s'effile, les yeux s'enfoncent dans l'orbite, les lèvres se sèchent, et la figure prend l'aspect hippocratique que peuvent offrir les malades atteints de péritonite au premier degré.

» J'ai vu une jeune fille présentant ces accidents à un degré tel que tous les assistants, parmi lesquels se trouvaient des praticiens très habitués aux malades, et moi-même, pensaient qu'elle n'avait plus vingt-quatre heures à vivre, si l'on ne parvenait point, par un moyen quelconque, à entraver les accidents, hasard que la malade a eu le bonheur de voir se réaliser. »

« L'état local est quelquefois si grave dans l'aéro-entérectasie hystérique, dit M. Piorry (1), que des élèves ou des médecins peu instruits ne manquent pas de prendre des cas pareils pour des péritonites. Il y a des moyens bien simples de se préserver de cette grossière erreur : c'est d'observer le facies qui reste excellent ; c'est de palper le pouls qui ne présente pas d'altérations ; c'est de questionner sur les circonstances commémoratives d'accès d'hystérie ; c'est l'excessive expression de douleur que la malade montre ; ce sont les mouvements qu'elle exécute et qu'elle se donnerait bien garde de faire, si une péritonite existait, etc. Malgré l'évidence de tels symptômes, j'ai vu plusieurs malades qui pour en avoir été atteintes, avaient eu à supporter l'application de

---

(1) Piorry, Traité de diagnostic, t. II, p. 515, cité par Landouzy.

quatre vingts sangsues sur le ventre. On se félicitait d'avoir guéri une péritonite. »

Enfin, il faut savoir que lorsque le sujet est profondément endormi par le cloroforme, comme l'a démontré Spencer Wells, on voit le ventre s'aplatir, devenir souple, et cependant les gaz ne sortent pas; ce qui fait penser que les gaz n'y sont pour rien, et alors la pathogénie de l'affection a été expliquée par la contracture du diaphragme capable de refouler en masse le paquet intestinal vers le petit bassin.

CHAPITRE IV

OCCLUSION INTESTINALE ET STÉNOSE PYLORIQUE

L'hystérie peut encore simuler l'obstruction intestinale avec ou sans vomissements fécaloïdes. C'est là un fait curieux qui avait déjà frappé Sydhenam. — « Le symptôme hystérique, dit-il, qui ressemble extérieurement à la colique bilieuse, ou même à la passion iliaque, et qui consiste dans une douleur insupportable aux environs de la fossette du cœur, avec un vomissement affreux de matière verdâtre, dépend pareillement des désordres des esprits. »

Une première question a été posée tout d'abord, c'est de savoir si la valvule iléo-cæcale se laisse forcer sous l'influence d'une détermination intestinale de l'hystérie; nous avons déjà vu dans l'historique que Jeanne Fourcroy l'affirme nettement.

Briquet cite un fait concluant qui peut se résumer ainsi : Femme, 27 ans, hystérique, entre à l'hôpital pour des phénomènes léthargiques. On lui prescrit du café en lavements qui causent beaucoup de malaises, des coliques, gargouillements et nausées, et, enfin, des vomissements d'un liquide qui avait

la couleur, l'odeur et la saveur du café. On répète l'expérience avec diverses substances et on observe les mêmes phénomènes 15 minutes après.

Entre autres cas cités, un des plus intéressants est celui de Fouquet (Thèse de Paris, 1880), qui fait l'objet de la première observation que nous rapportons :

Observation I

VOMISSEMENTS STERCROAUX. HYSTÉRIE CONVULSIVE

J... Louise, 20 ans, couturière, taille moyenne, cheveux châtains, visage d'une pâleur jaunâtre. Elle a l'aspect caractéristique de la chlorose. Ses règles sont apparues à 16 ans, et elle a toujours été assez mal réglée depuis. Habituellement constipée, elle reste souvent cinq ou six jours, et même davantage, sans aller à la garde-robe. Elle semble être dans la misère et se nourrir fort mal.

Son père est mort d'accident. Sa mère est très nerveuse. Une de ses sœurs est morte phtisique à 18 ans. Une autre se porte assez bien maintenant, mais a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. Cette dernière est mariée et a eu deux enfants qui sont morts de convulsions. Elle a aussi deux frères en bonne santé tous les deux. Louis J... est très nerveuse, comme sa mère. Elle pleure et rit sans motifs, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs jusqu'à ce jour.

En octobre 1875, elle sort pour aller reporter son ouvrage et est subitement prise, dans la rue, de violentes coliques. Ses douleurs sont tellement vives qu'elle est obligée de s'arrêter et de demander du secours. On la reçoit chez une fruitière qui s'empresse de lui donner du vulnéraire. Les douleurs augmentent, elle pousse des cris plaintifs. Nausées, éructa-

tions, borborygmes, respiration pénible. Une anxiété extrême est peinte sur son visage ; c'est à ce moment que le hasard nous fait rencontrer cette malade. Comme elle habite dans le voisinage, nous conseillons de la transporter chez elle, mais au moment où deux personnes la soutiennent pour la reconduire, elle devient tout à coup extrêmement pâle, une sueur froide lui couvre le front et les mains, et elle est prise de vomissements. Elle rejette d'abord des aliments, de nouvelles nausées amènent de la bile, et, après plusieurs efforts infructueux, elle vomit des excréments durs, d'un vert noirâtre, mêlés à une matière liquide de couleur beaucoup plus claire. Ces matières répandent une odeur infecte très caractéristique. La malade est complètement affaissée sur une chaise, dans un état profond de prostation ; elle a le regard égaré et continue à se plaindre. Bientôt les efforts de vomissements reparaissent et amènent encore l'expulsion de matières semblables.

Au bout de quelques minutes, elle revient à elle peu à peu, rougit, et paraît très confuse de l'accident qui vient de lui arriver. Elle est alors reconduite chez elle où sa mère, informée de ce qui était arrivé, nous dit que les mêmes accidents se sont produits, il y a trois mois, dans des circonstances analogues.

Nous apprenons aussi que depuis un an elle tousse fréquemment, et à l'auscultation nous trouvons des craquements très manifestes au sommet du poumon droit. La malade, complètement remise de son accident, nous affirme alors n'avoir pas été à la garde-robe depuis vingt jours.

Les jours suivants elle put reprendre son travail ; mais six semaines environ plus tard, elle fut prise de grandes attaques d'hystérie qui revinrent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et s'accompagnèrent d'une hémianesthésie du côté gauche et d'ovaralgie du même côté. Fait digne de remarque,

lorsque ses attaques revenaient, la toux était moins opiniâtre et l'état du poumon semblait s'améliorer, mais comme la malade était obligée d'interrompre son travail, elle prenait du bromure de potassium, et à mesure que les accidents nerveux diminuaient d'intensité l'etat du poumon s'aggravait de nouveau.

En 1876, les deux poumons étaient pris et, en avril 1877, la malade succombait. Elle n'avait pas eu d'accidents hystériques pendant les six derniers mois de sa vie.

Observation II

SUR UN CAS D'OCCLUSION INTESTINALE D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

par le docteur Ménélas Sakorraphas

(publiée par le *Progrès médical*, le 24 décembre 1904)

Il y a quelques mois, une jeune fille se présenta à mon bureau et me raconta ce qui suit :

Son père est mort à l'âge de 55 ans, depuis plusieurs années, à la suite d'un cancer de l'estomac. Sa mère, qui l'accompagnait, était bien portante ; âgée de 17 ans, elle n'a ni frères, ni sœurs ; une de ses tantes était nerveuse et sujette aux lipothymies. La jeune fille était toujours bien portante et, sauf la rougeole et la scarlatine qu'elle a eues dans son enfance, elle n'a jamais eu d'autre maladie. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans et continue à l'être.

Il y a deux ans que, sans aucune cause appréciable, elle a été prise par des douleurs au ventre, qui, d'abord intermittentes, finirent par devenir continues, en s'irradiant vers tout le ventre qui dernièrement commençait à se gonfler. A ce moment, la malade criait et des grosses larmes roulaient de ses yeux. Elle se roulait dans son lit et cherchait par les posi-

tions les plus variées à calmer sa souffrance. Le corps se couvrait de sueurs, des vomissements bilieux survenaient et quelquefois, selon la mère, ces vomissements avaient une odeur repoussante, fécaloïde. Cet état durait de 24 à 48 heures. Après quoi les douleurs cessaient subitement et la malade redevenait bien portante. Les paroxysmes survenaient, dans la première année, tous les deux mois environ.

Au cours de sa seconde année, elle se fiança et, à ce que la mère me dit, les accès devinrent plus fréquents en se renouvelant tous les 15 à 20 jours. Depuis cette époque, on a remarqué que toutes les fois que la malade s'émotionnait les crises survenaient. Par suite de la fréquence de ces accès l'état général, qui jadis était bon, se troubla et la situation, qui au commencement était très satisfaisante, se modifia et la jeune fille devint sombre et mélancolique. C'est à cette époque que j'ai vu la malade pour la première fois.

Comme les accès revenaient fréquemment, j'ai fait prévenir la mère que je désirerais voir la fille en plein accès douloureux, ce qui est arrivé peu de jours après ma première visite. J'avais constaté un énorme météorisme du ventre qui était en même temps très douloureux en toute sa surface sans qu'il exista un point douloureux. Ces douleurs, comme nous venons de le dire, n'étaient pas continues au commencement, mais intermittentes, et en plein accès le ventre devenait dur comme du bois, tandis que les anses intestinales se contractaient surtout du côté droit, où elles formaient une tumeur dure qui s'effaçait dès que les douleurs diminuaient d'intensité. La malade poussait des cris ; elle se tordait dans son lit et avait envie de vomir ; elle vomissait enfin, au commencement de la bile et bientôt les vomissements avaient une odeur fécaloïde. On pouvait distinguer très bien de petites matières fécales. Après ces vomissements, l'accès ne se terminait pas, quoique un certain soulagement survint. La mère de la malade s'était

très bien aperçue que, dans tous les accès précédents, après le premier vomissement fécaloïde, quoiqu'il survenait un soulagement, celui-ci n'était que momentané. Les douleurs recommençaient, et il fallait encore qu'elle vomît pour y mettre un terme. C'est ce qui arrivait. L'accès recommença, les douleurs devinrent vives, des vomissements arrivèrent, bilieux et, une heure après, les vomissements fécaloïdes mirent un terme à l'accès. La malade dormit pendant quelques heures, puis se réveilla bien portante. Pendant cet orageux tableau clinique, le pouls était normal et la température médiocrement élevée (38°).

Devant cet état, j'étais très embarrassé pour porter un diagnostic. Ni par les commémoratifs, ni par l'examen de la malade, je n'ai pu trouver rien qui eût pû me guider sur la nature de l'accès. Le tableau clinique de l'occlusion intestinale de nature autre que l'hystérie me vint d'abord à l'esprit, si ce n'est le pouls qui dans ce cas était normal.

Le facies de la malade n'avait pas le type du facies abdominal. Les accès précédents, selon le témoignage de la mère, étaient les mêmes. Donc, je repoussais ce diagnostic. Les coliques hépatiques ou rénales ont une autre allure. Après avoir examiné les urines, qui étaient normales, je me rendis le lendemain chez la malade, que je trouvais tout à fait bien portante. Je l'ai soumise à un examen minutieux et j'ai pu déceler une légère diminution de la sensibilité à la région temporale gauche, un rétrécissement du champ visuel et une légère douleur ovarienne.

Elle n'a jamais eu d'attaques hystériques et son état mental ne présentait pas ces bizarreries qu'on observe chez la plupart des hystériques.

Le traitement que nous avons suivi (douches à légère pression à température modérée, médication anti-nerveuse,

etc.) a été suivi de succès, parce que voilà déjà plus de huit mois que la malade n'a pas eu de nouvel accès.

Observation III

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES SIMULANT UNE STÉNOSE PYLORIQUE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE ; GUÉRISON PAR LA SUGGESTION

Rapportée dans la Thèse de Binant (Paris, 1904)

M.., 30 ans, entre dans le service de chirurgie pour subir une gastroctomie semblant nécessitée par des vomissements incoercibles, mis sur le compte d'une sténose pylorique. Les vomissements durent depuis longtemps, néanmoins la malade ne présente pas l'aspect cachectique des femmes chez qui la nutrition est devenue impossible. Elle est mise en surveillance d'une façon toute spéciale, et la sœur nous confirme au bout de huit à dix jours que depuis son entrée, elle a vomi toutes les fois que l'on a tenté de lui faire prendre des aliments solides ou liquides.

L'interrogatoire nous apprend qu'elle a souvent des crises nerveuses, nous constatons qu'elle est hémianesthésique, que son réflexe pharyngien est aboli, qu'elle a de l'insensibilité des deux cornées.

Convaincu qu'il s'agit d'accidents hystériques, le chef de service, le Dr Peugniez, annonce à la malade qu'il est décidé à tenter une intervention destinée à lever l'obstacle dont on lui a parlé au niveau du pylore. Il laisse quelques jours la malade méditer sur l'opération qu'elle doit subir puis elle est endormie, et sans qu'aucune intervention ne soit faite, elle est reportée dans son lit, le tronc enveloppé dans un épais pansement.

Immédiatement les vomissements cessent et notre malade n'a même pas les vomissements habituels du chloroforme. Redoutant un peu la levée du pansement qui masquait la supercherie, on en reculait la date. La malade, qui voulait voir à tout prix la plaie, devenait de jour en jour plus pressante et sollicitait plus instamment les élèves de la panser. Un jour, l'un d'eux impatienté lui répondit que son pansement était suffisant puisqu'on ne lui avait rien fait. Une heure n'était pas écoulée que les vomissements reprenaient et revenaient aussi fréquents qu'avant la suggestion. Ils disparurent quelques temps après sous l'influence de l'administration de pilules, dont on avait minutieusement discuté devant la malade la dose et le mode d'administration, à cause de leur extraordinaire énergie. Il ne s'agissait en réalité que de pilules inertes. La malade a été suivie pendant dix ou quinze jours, puis a quitté l'hôpital.

Observation IV

(inédite)

Rédigée d'après les notes de M. le docteur Gaussel, chef de Clinique Médicale.

R. C..., jeune fille de 33 ans, rentre à l'hôpital à la clinique chirurgicale de M. le professeur Forgue, avec le diagnostic de *Sténose pylorique*, caractérisée par des vomissements rapprochés des repas, acides sans hématemeses. Rien d'apparent comme tumeur. Pas de signes de dilatation, pas de clapotage, mais le pylore très douloureux à la pression.

La malade est renvoyée au service du professeur Grasset, où elle rentre le 17 avril 1905, à la salle Espéronnier, lit n° 20.

Elle présente comme antécédents personnels, rhumatisme à l'âge de 22 ans ; elle est un peu nerveuse, mais elle n'a jamais eu de crises de nerfs bien caractérisée. Rien de remarquable dans les antécédents héréditaires.

Depuis le 27 février 1905, sans cause occasionnelle, elle s'est mise à vomir, et depuis elle vomit tout ce qu'elle prend, sans douleur, et sans que son état général en soit sensiblement touché.

Il y a un an, du mois de juin au mois d'août, elle a vomit comme maintenant. Depuis cette période elle se portait très bien, elle digérait bien, sauf de temps en temps quelques indigestions et des vomissements passagers.

On a fait, sans succès du reste, le lavage de l'estomac. A l'examen on ne trouve rien d'apparent comme tumeur. Pas de signes de dilatation, pas de clapotage, le pylore est toujours douloureux à la pression.

Pas de sensation de boule à la pression.

Anesthésie généralisée à tout le corps ; elle ne sent pas la transfixion,

L'anesthésie cornéenne et pharyngée sont absolues.

On lui prescrit une alimentation *ab libitum*, quelques pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique et de l'hydrotérapie.

Sous l'influence de ce traitement, la malade se trouve bien et se considère guérie de la terrible affection qui la faissait tant vomir.

Sortie guérie après un séjour de 20 jours. L'anesthésie cutanée a disparu complètement, mais l'anesthésie cornéenne et la pharyngée persistent encore.

Les vomissements ne se sont pas reproduits.

RÉFLEXIONS

Nous avons cru intéressant de rapporter ces quatres obser-

vations, dont la dernière inédite, qui nous montrent de façon évidente la possibilité de faire erreur, si on se contente d'un examen peu attentif.

L'idée de simulation pour ces malades qui vient de suite à l'esprit est écartée sans difficulté étant donné les circonstances environnantes ; mais il faut toujours se méfier des hystériques, à cause de leur tendance naturelle à tromper. Le cas de Jolly (1), peut nous servir d'exemple : « Cette malade, dit-il, vomissait des fèces parfaitement formées et semblait ne pas aller à la garde-robe. Pendant qu'on faisait son lit, alors qu'elle était au bain, on trouve des matières fécales enveloppées dans du papier. » Jolly, avec raison, considère ce cas comme un exemple de simulation.

Nous remarquons que tous ces malades présentent un état de constipation opiniâtre; cela paraît jouer un rôle déterminant, qu'il faut prendre en considération,

Les vomissements fécaux produits par un spasme hystérique de l'intestin n'ont pas les mêmes caractères que les vomissements fécaloïdes de l'occlusion intestinale vulgaire. Les premiers méritent le nom de *fécales* proprement dites ; les seconds celui de *fécaloïdes*.

Nous observons que dans aucun des cas rapportés, on trouve le ballonnement du ventre ; or, dans l'occlusion intestinale, surtout lorsqu'elle siège très bas, il est de règle de l'observer.

Le calme qui reparaît aussitôt après les vomissements, la disparition brusque de tous les symptômes généraux, distinguent aussi l'occlusion hystérique de la vraie.

L'observation n° I, empruntée à la thèse de Fouquet, est intéressante à plus d'un titre ; elle rappelle le cas cité par

(1) Hystérie du Ziemmes en S Hand Back.

Jaccoud (1), qui étonna les médecins de son époque et qui suscita bien des discussions et des controverses. Il s'agit ici encore, comme dans tous ces cas, d'une jeune femme hystérique constipée, vomissant, une ou deux fois en 24 heures, des matières stercorales, solides, fétides, bien caractérisées ; cependant l'état grave de l'occlusion intestinale fait défaut. L'appétit est bon, la digestion aussi ; cet état dure pendant huit jours, au bout desquels les matières reprennent leur cours naturel.

D'autres cas semblables et non moins intéressants sont ceux de M. Pasquale de Tullio qui a noté l'existence du spasme abdominal et ses rapports avec le paroxysme convulsif : « Au moment, dit-il, des plus grandes souffrances, quand les douleurs abdominales étaient extraordinairement violentes, précédant ainsi habituellement une attaque convulsive, on pouvait noter extérieurement, en considérant l'abdomen, les mouvements de l'intestin de très grande importance dans l'espèce. Partis de l'S iliaque, ils gagnent peu à peu le colon descendant, transverse, ascendant, tout le paquet intestinal pour fermer, comme par un étranglement, la région pylorique. »

Il cite un autre fait, celui-là avec des vomissements fécaux, et l'auteur se demande comment on peut les interpréter et ne trouve d'autre explication que l'inversion péristaltique des contractions intestinales.

L'observation n° II, bien plus récente, qui a été publiée par Sakorrafos, vient corroborer la vérité des faits anciens qui étaient mis en doute ou qui restaient dans l'oubli. Or, ces faits méritent d'être connus, car nous croyons que si leur vérité a été considérée comme suspecte et leur existence ignorée, cela tient à leur rareté évidente.

(1) Traité de Pathologie interne, 3e édition.

Enfin, la sténose pylorique peut aussi être simulée ; les observations III et IV nous le montrent suffisamment. Nous remarquons qu'ici les vomissements sont rapprochés des repas, ils sont purement alimentaires, très tenaces, presque incoercibles et pouvant survenir à plusieurs reprises et à longs intervalles, ce que nous constatons chez la malade qui fait l'objet de notre observation IV.

L'observation III est intéressante et très démonstrative au point de vue du rôle de la suggestion dans la guérison de ces cas.

Cela nous ramène à parler de la thérapeutique, qui fait l'objet de notre suivant et dernier chapitre.

CHAPITRE V

THÉRAPEUTIQUE

Pour faire la bonne thérapeutique d'une affection, il faut en connaître la pathogénie et la nature intime; il faut s'adresser aux causes morbifiques, si on les connaît, ce qui, malheureusement, n'est pas toujours possible.

Il serait rationnel, avant d'entreprendre le traitement de cette névrose dans les trois formes qui nous occupent, de préciser la nature elle-même de la névrose, ce que nous sommes incapables de faire, l'état actuel de la science ne le permettant pas.

Nous croyons inutile de passer en revue toutes les idées et les hypothèses formulées à cet égard.

Mais, un fait paraît acquis, c'est que le siège de cette affection se trouve dans la partie psychique du système nerveux, comme l'admet M. Charcot, et surtout du *psychisme inférieur*, comme nous l'a formulé et schématisé le professeur Grasset.

Partant de cette idée, les procédés de traitement psychique doivent occuper la première place pour tenter la guérison.

Les *troubles de la sensibilité* étant cause d'un grand nombre de manifestations morbides, faire disparaître ces troubles équivaut à annihiler les accidents qui se superposent à eux, comme le fait remarquer Gilles de la Tourette. Et c'est ce qui a été la base des intéressantes expériences de Sollier (1).

« La base de la thérapeutique des accidents hystériques réside, à notre avis, nous dit Gilles de la Tourette, dans le rétablissement des diverses sensibilités perverties ou disparues. »

L'empirisme et l'expérience ont depuis longtemps démontré l'efficacité de cette méthode. La faradisation vantée par Duchenne, de Boulogne, et par Briquet, l'électricité statique, les aimants, le massage, l'hydrotérapie, et nous ajouterons le sport, en sont les éléments.

Parmi les moyens psychiques, nous citerons l'hypnotisme (2) qui doit être manié avec précaution, car il peut devenir dangereux étant un modificateur puissant du terrain hystérique.

La suggestion à l'état de veille, plus facile en général, est très recommandable. L'observation n° III, de notre IVme chapitre, montre son importance et les bons résultats qu'on est en droit d'obtenir.

L'isolement, comme traitement psychique, fait merveille ; ses bienfaits se sont manifestés depuis longtemps déjà.

Nous n'insistons pas sur les moyens physiques que nous avons cités en passant, et qui ont été proposés avec différents succès du reste pour guérir l'hystérie ; cela n'est ni de notre compétence, ni de notre sujet.

---

(1) P. Sollier. Faits nouveaux relatifs à la nature de l'hystérie. *Sem. Méd.*, n° 22, 1899.

(2) L'hypnotisme et les états analogues, G. de la Tourrette.

Nous ne traiterons pas, non plus, les moyens chirurgicaux, comme la castration, si vivement proposée par Péan dans le traitement de la névrose ; — elle a été jugée et condamnée en 1889.

Il faut donc agir sur l'esprit de l'hystérique, tâcher de gagner sa confiance, lui suggérer, autant que possible, l'idée d'une guérison prochaine.

« L'idée, dit M. Féré, peut être un agent pathogénique et un agent thérapeutique. »

Comme traitement local dans les différentes affections qui nous occupent, il n'y a pas grand chose à faire ; une thérapeutique plus ou moins suggestive pourra faire disparaître une de ces manifestations (massage, électricité, pulvérisations d'éther), etc., etc.

Mais il faut se rappeler, comme le fait remarquer le professeur Grasset, que s'il n'y a rien de plus fugace et transitoire que les diverses manifestations de l'hystérie, il n'y a rien de plus tenace et rebelle que l'hystérie elle-même.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérie est susceptible de créer des symptômes cliniques chirurgicaux s'accompagnant ou non de crises convulsives.

II. — Elle peut simuler la coxalgie, l'appendicite et péritonisme, l'occlusion intestinale et la stémose pylorique.

III. — Le diagnostic est souvent hérissé de difficultés, et pour le faire d'une façon sûrement exacte il faut, quand il s'agit de la coxalgie, recourir à l'anesthésie générale poussée à fond ;

Quand il s'agit d'une des autres affections, il faut un examen minutieux et attentif, et tenir compte des caratères et des signes que nous venons de développer.

IV. — L'hystérie simulant ces affections peut faire naître dans l'esprit du médecin la possibilité d'interventions chirurgicales inutiles et dangereuses.

V. — La thérapeutique doit être surtout suggestive.

BIBLIOGRAPHIE

André. — Les névroses de l'intestin.

Bach. — De la Coxalgie hystérique.

Ballet. — Coxalgie hystérique avec atrophie musculaire. (Société Médicale des Hôpitaux).

Barwell. — On hystéric pseudo-diseases or mock Disease of the joints. A. Treatise on diseases of the joints, 1re édit., 1861 ; 2e édit., 1881.

Bœckel. — Coxalgie hystérique, désarticulation de la cuisse. *Gazette médicale de Strasbourg.*

Binant. — L'hystérie en chirurgie. Thèse de Paris, 1904.

Bianchi. — Arthralgies hystériques. *Annali di Neurologia*, an XVI, 1898.

Brissaud. — Appendicite fantôme. *Revue de Neurologie.*

Bristowe. — On pseudo-péritonitis and épylepsy in hysteria. *Brit. Méd. Journ.*, 1890.

Cappelletti. — Péritonite hystérique. Accad. delle scienze mediche di Ferrara.

Crolas. — Coxalgie hystérique. Thèse de Montpellier.

Charcot. — Leçons sur les maladies du Système nerveux, t. III, 22e et 23e leçons.

Dauchez. — Accidents péritoniaux revenant périodiquement chez une hystérique.

Dubois. — Hystérie et appendicite. Thèse de Paris, 1900.

Esmarch. — Weber Gelekneurosen, Kiel, 1872.

Fouquet. — Quelques spasmes d'origine hystérique. Thèse de Paris, 1880.

Gilles de la Tourette. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1895.

Grasset et Rauzier. — Traité des maladies nerveuses.

Gramshow. — Histéria simulating péritonitis. *Méd. Times and Gazette*, 1853.

Huet. — Coxalgie hystérique, suite de traumatisme. *Progrès Médical*, 1886.

Lannois. — Coxalgie hystérique chez une tuberculeuse. *Gazette hebdomadaire.*

Lelong. — Intervention chirurgicale dans l'hystérie. Thèse de Montpellier, 1902.

Munich (Ang.). — Della coscialgia nervosa. Venezia, 1873.

Morton Prince. — A study of the pathology of hystérical joint affections. *The Journal of nervous and mental diseases*, 1891

Paget. — Leçons de clinique chirurgicale, 3e leçon ; affections neuromimetiques des articulations, 1877.

Porcher. — Hysteria simulating acute péritonitis. *Annalist. New-York*, 1848.

Plicque. — Les coxalgies hystériques. *Gazette des Hôpitaux*, 1891.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 juillet 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 juillet 1905.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!